UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908 N° 52.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Gangrène dite Spontanée Foudroyante

des Organes génitaux externes de l'Homme

(LYMPHANGITE GANGRÉNEUSE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Janvier 1908.

PAR

Albert-Joseph ALTHABÉGOÏTY

Né à Alos-Sibas-Abense (Basses-Pyrénées), le 10 Juin 1881

Élève du Service de Santé de la Marine et des Colonies

Examinateurs de la Thèse

MM. VILLAR, professeur ..... *Président.*
ARNOZAN, professeur .....
CABANNES, agrégé ..... *Juges.*
BÉGOUIN, agrégé .....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908 N° 52.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Gangrène dite Spontanée Foudroyante

des Organes génitaux externes de l'Homme

(LYMPHANGITE GANGRÉNEUSE)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Janvier 1908.

PAR

Albert-Joseph ALTHABÉGOÏTY

Né à Alos-Sibas-Abense (Basses-Pyrénées), le 10 Juin 1881

Élève du Service de Santé de la Marine et des Colonies

Examinateurs de la Thèse

MM. VILLAR, professeur ..... *Président.*
ARNOZAN, professeur .....
CABANNES, agrégé ..... *Juges.*
BÉGOUIN, agrégé .....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE.....

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale	DE NABIAS.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale	FERRE.
	MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.	DENUCÉ
Médecine opératoire..	VILLAR.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie.....	GENTES (chargé).	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physiologie.....	JOLYET.		
Hygiène	LAYET.		
Médecine légale.....	LANDE.		
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIÉ.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR. | MM. VERGER.
CABANNES. | ABADIE.
CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ... } MM. BEGOUIN. VENOT. GUYOT.

Accouchements..... } MM. ANDÉRODIAS PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie ..... } MM. GENTES. CAVALIÉ.

Physiologie ..... MM. GAUTRELET
Histoire naturelle..... } BEILLE. MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH.

Pharmacie..... } MM. BARTHE. LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie	LAGRANGE.
Clinique dentaire	CAVALIE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon immense affection et de ma profonde reconnaissance.

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

A MES ONCLES

A MES COUSINS

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

MÉDECIN GÉNÉRAL DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

Il nous a été donné récemment d'observer dans le service de Monsieur le professeur Villar, un cas de gangrène du prépuce et du gland, spontanée en apparence, survenue chez un jeune homme de vingt ans qui avait joui jusque-là d'une excellente santé. Le tableau clinique qui se présentait à nos yeux était bien celui de l'affection signalée et particulièrement étudiée pour la première fois par le professeur Fournier en 1883. Nous retrouvions bien là les grands traits mis en relief par le maître, à savoir: « l'absence des causes actuellement déterminantes, et la présence de symptômes tout spéciaux » en particulier « le début subit et foudroyant. »

Depuis cette époque, de nombreux travaux ont été publiés sur cette question et le nombre des observations que l'on retrouve dans la littérature médicale comme se rapportant au type décrit par Fournier s'élève à une cinquantaine environ. Il peut paraître tout au moins osé de notre part de vouloir revenir sur une question qui a déja été traitée à plusieurs reprises par des plumes plus autorisées que la nôtre. Mais, nous n'avons point la prétention de vouloir apporter des faits absolument inédits ou des idées très nouvelles. On reproche souvent à la thèse de doctorat en médecine de n'être qu'un travail de compilation; cependant, on reconnaîtra facilement qu'au but de ses études universitaires, souvent effectuées dans le plus bref délai possible pour des circonstances diverses, l'étudiant est parfois fort embarrassé pour faire un

travail réellement original. Si nous n'échappons pas entièrement à ce reproche, nous essaierons du moins de faire notre travail le plus consciencieusement possible et en passant en revue les diverses communications parues sur cette affection, nous les synthétiserons avec le plus grand soin, et nous essaierons ainsi d'obtenir une sorte de résumé, de mise à point de la question, dans l'état actuel de la science. Du reste, nous apportons pour notre contribution personnelle trois observations nouvelles, dont l'une est particulièrement intéressante par le résultat de l'examen bactériologique qui fut pratiqué.

Comme dans toute question de pathologie nous étudierons successivement l'historique, les symptômes, le diagnostic, pronostic, etc. Une question qui nous retiendra particulièrement et cela pour plusieurs motifs, c'est celle de l'étiologie et de la pathogénie. C'est la partie réellement scientifique de cette étude, mais malheureusement, c'est encore celle qui est restée la plus vague. Volterra et Emery croyaient avoir trouvé la solution en démontrant la nature nettement streptococcique de certains cas observés; mais récemment, le professeur Dieulafoy a étudié avec un soin et un détail tout particuliers dans deux leçons cliniques, une gangrène foudroyante spontanée de la verge dans laquelle l'absence absolue de streptocoques a été démontrée. On a bien parlé de lymphangite gangréneuse en se basant sur ce fait que dans de nombreux cas, on a trouvé une lésion initiatiale ayant servi de porte d'entrée aux éléments infectieux et on a pu suivre les traînées lymphangitiques partant de cette lésion initiale pour aboutir au point sphacélé et au-delà. Si cette théorie compte de nombreux partisans, elle n'est cependant pas universellement admise et sans la rejeter entièrement, certains auteurs la trouvent insuffisante.

Si les faits que nous avons observés ne nous permettent pas d'édifier des théories nouvelles basées sur des faits d'observation et d'expérimentation, on nous permettra, cependant, en restant dans le domaine de l'hypothèse, d'émettre

certaines idées qui ne nous ont pas paru en contradiction avec les phénomènes observés.

Enfin, pour rester bien dans le cadre que nous nous sommes tracé et pour faire réellement un travail de synthèse, nous présenterons nos observations sous forme de tableaux synoptiques qui permettront au lecteur d'embrasser d'un coup d'œil rapide, les différents cas avec leurs particularités.

Qu'il nous soit permis à présent d'adresser nos vifs remerciements à tous ceux qui nous ont aidé dans la confection de ce modeste travail.

M. le professeur Villar a bien voulu nous indiquer le sujet de notre thèse, il ne nous a ménagé ni ses conseils éclairés, ni ses encouragements. Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur d'en accepter la présidence, nous le prions de vouloir bien agréer en retour l'expression de nos sentiments de respectueuse gratitude.

M. le professeur agrégé Chavannaz a aussi droit à nos remerciements, pour l'amabilité qu'il a mise à nous communiquer une observation personnelle fort intéressante.

M. le médecin-major de 1re classe Batut, a eu l'extrême complaisance de mettre à notre disposition un mémoire inédit sur les gangrènes de la verge, il nous a fait connaître une série de faits fort intéressants, relatifs à notre sujet, nous lui en exprimons notre bien vive reconnaissance.

Pour terminer, nous citerons nos excellents camarades, les docteurs Lajus, Frontgous et Adrien, que nous avons mis à contribution, soit pour nous retrouver des observations ou les reconstituer, soit pour traduire des documents étrangers.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La gangrène de la verge a été signalée par les auteurs dès l'origine de l'histoire de la médecine et il nous suffira de citer Hippocrate, Galien, Ambroise Paré, pour voir que cette affection a été observée de tous temps. Cependant, en 1877 Demarquay, dans son traité des maladies chirurgicales du pénis fait observer que la gangrène de cet organe n'a fait encore l'objet d'aucune étude systématique. Quant à la forme spéciale qui nous occupe en ce moment, à cette gangrène remarquable par son absence de cause apparente et par la rapidité avec laquelle elle se produit, il faut arriver en 1883, pour en trouver la première description, faite par le professeur Fournier, dans une leçon clinique.

Cependant, en 1831, Boyer, dans son traité des maladies chirurgicales dit que la gangrène des organes génitaux est due à « une cause morbifique qui après avoir produit un trouble général dans les fonctions semble se déposer sur cette partie. » La gangrène décrite par Fournier pourrait rentrer dans ce cadre mais Boyer semble avoir plutôt en vue les gangrènes dues à une maladie générale ou à un état dyscrasique et de fait, il cite comme exemple, des cas remarqués au cours de fièvres typhoïdes. Après lui, Moulinié,

de Bordeaux, pense qu'il y a une gangrène essentielle de la verge.

Dans la forme d'affection qu'il décrit sous le nom de pénitis, il distingue un pénitis gangréneux qui est bien une gangrène essentielle, mais cette affection ne se trouve, dit-il, « que chez un vieillard qui présente de la faiblesse de l'appareil circulatoire sanguin et qui a probablement pour cause une altération dans les principes constitutifs du sang. »

En 1841, Richet, interne de Monod, publie une observation de gangrène spontanée des corps caverneux sans cause appréciable chez un homme de soixante-quinze ans. Quelques années plus tard, Monod, dans le Moniteur des hôpitaux signale une gangrène de la verge d'origine blennorrhagique. Entre temps, paraissent les travaux de Demarquay sur les affections du pénis et nous arrivons à l'année 1879 où le prof. Gosselin fait une leçon clinique sur un *érysipèle du scrotum à forme gangréneuse galopante* dont l'observation sera reproduite dans la thèse de Lallemant. Deux ans plus tard, Jalaguier, dans sa thèse inaugurale traite des lymphangites gangréneuses; il cite deux cas dans lesquels la verge et le scrotum sont intéressés; dans le premier cas des ulcérations inguinales furent le point de départ du processus angioleucitique; dans le second, il s'agit d'un malade déjà atteint de blennorrhagie.

Dans sa thèse d'agrégation, en 1880, M. Rondot étudie les gangrènes spontanées, mais seulement celles consécutives aux fièvres typhoïdes ou symptomatiques d'un état diathésique.

En 1883 et 1884, le professeur Fournier précise le cadre nosologique de l'affection qu'il nomme gangrène foudroyante spontanée et dont il établit les caractères essentiels. En plus des cas observés dans son service, il en signale cinq que le Dr Martel de St-Malo eut à soigner pendant l'hiver de 1883. Fournier remarque que « c'est d'abord la lymphangite qui se manifeste au dehors du territoire occupé par la gangrène » et signale le purpura comme complication. La même année, sous l'inspiration du maître, Lallemant consacre sa

thèse inaugurale à ce sujet. Il se demande s'il ne faut pas chercher la cause de cette affection dans une plus grande coagulabilité du sang comme dans les cachexies et les fièvres graves. Mais Duclaux ayant procédé à un examen bactériologique du sang des malades de Lallemant, et y ayant rencontré des microorganismes, celui-ci n'est « pas éloigné de penser que la présence en grand nombre des organismes inférieurs (micrococcus), en s'agglutinant pourrait bien déterminer l'obstruction des capillaires et, partant, donner naissance à la gangrène spontanée des parties alimentées par les capillaires obstrués ». Signalons ensuite, par ordre de date, les observations de Castro-Jobin et Orlowski en 1885. En 1887, une observation de M. Villar et deux observations de M. Verchère. Ce dernier déclare: « qu'il est inutile d'attribuer une appellation nouvelle « gangrène foudroyante » ou « gangrène spontanée » de la verge à une affection qui n'a rien de particulier que son siège et qui peut être rangée parmi les types de lymphangite gangréneuse décrite par Jalaguier. »

M. Villar, à la suite de son observation, précise en traits rapides les caractères essentiels de l'affection, en insistant particulièrement sur la brusquerie de l'apparition.

En 1887 Bonnières apporte quelques faits nouveaux sans intérêt bien spécial. Puis, c'est Taurin, en 1889, qui donne une bonne classification des gangrènes spontanées des organes génitaux, et, comme Verchère, il est d'avis que la gangrène foudroyante n'est qu'une lymphangite gangréneuse, encore que les phénomènes de sphacèle se produisent parfois avec une rapidité telle que les phénomènes lymphangitiques puissent passer inaperçus. Il signale, au point de vue de l'examen bactériologique, la présence dans le pus de micrococci, disposés en chaînettes ou isolés deux par deux se mouvant dans la préparation.

Nous voici dans la période des recherches bactériologiques. Volterra et Pellizzari ayant trouvé le streptocoque dans le pus et le sang de leur malade en font l'agent spécifique de la gangrène foudroyante (Communication du 11 juin 1894.

à l'Académie médico-physique de Florence). Les recherches d'Emery (Th. Paris 1895-96) confirment cette manière de voir. De plus, Emery n'admet pas la théorie de la lymphangite gangréneuse du moins dans tous les cas de gangrène foudroyante.

Signalons encore la thèse de Danès (Toulouse 1898-99), qui croit à l'existence d'un élément spécifique non encore déterminé. Celle de Fourrée (1898-99), qui rattache la lymphangite gangréneuse à la gangrène foudroyante spontanée de Fournier et étudie en particulier la lymphangite gangréneuse chez le nouveau-né. Celle de Garnier, de Lyon, qui signale l'influence du gonocoque agissant seul ou secondairement dans certaines des gangrènes de la verge par toxhémie ou embolie septique.

Enfin, pour les travaux les plus récents, nous relevons dans un mémoire encore inédit que M. le médecin-major Batut a eu la complaisance de nous communiquer les travaux de M. Duvernoy (Gazette hebdomadaire de médecine et de Chirurgie, 12 oct. 1903), sur la lymphangite gangréneuse du scrotum chez les nouveaux-nés, dans lequel l'auteur rapprochant cette maladie de celle décrite par Fournier, incrimine le streptocoque, de Briquet (Th. Paris, 1903-1904) qui est aussi partisan de la spécificité streptococcique, de Rona de Budapest qui, dans une communication à la société des médecins de Budapest, en 1902, rapporte le cas d'ulcères gangreneux du pénis où le bacille du chancre mou s'est trouvé presque à l'état de culture pure et l'année suivante, devant la même société, déclare avoir trouvé des spirilles en symbiose avec le bacille de Vincent dans le chancre diphtéritique gangréneux phagédénique et observé ces mêmes éléments que l'on voit dans le noma, la stomatite mercurielle gangréneuse. la pourriture d'hôpital, et certaines balano-posthites.

La thèse de Rousseau, de Lyon (1905) complète la thèse d'Emery et de Fourrée en y apportant des faits nouveaux.

Nous n'aurions garde d'omettre la communication de MM. Druelle et Nicoleau à la société de dermatologie et de sy-

philigraphie. dans laquelle, un cas typique de gangrène spontanée avec perte du scrotum et du fourreau de la verge a donné à l'examen bactériologique, surtout du staphylocoque et pas de streptocoque. Aussi les auteurs, sous l'empire de l'idée que cette gangrène est due à une streptococcie, se demandent-ils, s'il ne s'agit pas là d'une gangrène urinaire, du type décrit par Guyon et Abarran, au Congrès de Chirurgie de 1891. Leur malade était en effet, porteur d'un rétrécissement uréthral.

En 1904. Briquet (Thèse de Paris), s'élève contre l'assertion de bénignité de la gangrène foudroyante spontanée et sur six observations citées, il rapporte 4 décès.

Enfin, en 1906. le professeur Dieulafoy, dans deux leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, examine un cas mortel de gangrène foudroyante de la verge. Les recherches bactériologiques pratiquées avec soin par son chef de laboratoire, M. Gouraud concluent à l'existence dans les diverses lésions du bacille septique aérobie de Lecenne et Legros, associé à des cocci. Mais de streptocoque proprement dit, on n'en retrouve pas. La théorie de la spécificité streptococcique s'en trouve fortement ébranlée. Quant à la nature de l'affection, l'éminent professeur reconnaît que dans plusieurs cas il y a eu coexistence de lymphangite, mais n'affirme pas qu'il s'agisse toujours de lymphangite gangréneuse.

Tel est l'état actuel de la question. Les recherches bactériologiques ont donné des résultats, mais ces résultats, plus ou moins contradictoires, du moins en apparence, n'ont pas éclairé, d'une façon définitive, l'étiologie de la gangrène de Fournier; quant à la pathogénie, elle a encore moins avancé et on en est réduit à ne faire que des hypothèses.

CHAPITRE II

Symptomatologie

La symptomatologie de la gangrène foudroyante des organes génitaux externes a fourni le sujet de tableaux saisissants à deux grands maîtres de la clinique, les professeurs Fournier et Dieulafoy. Le premier en 1883, en définissant nettement cette affection en a tracé les principaux caractères, le second, tout récemment, au sujet d'un cas qui venait de se présenter dans son service, les a repris, en ajoutant, dans les considérations générales les retouches nécessitées par l'étude des cas nouveaux observés, pendant cet intervalle. Il serait tout au moins téméraire de vouloir ajouter à ces descriptions. Mais nous ne faisons point ici de la clinique; ainsi que nous l'avons dit au début de ce travail, c'est une étude de synthèse que nous essayons de faire et nous nous contenterons de classer méthodiquement, d'après les nombreuses observations que nous avons sous les yeux les signes et symptômes. sans étudier tel ou tel cas particulier.

Dans cette affection, comme dans toute gangrène, nous pouvons admettre trois périodes, une période de début, une période d'état et une période de réparation.

La période de début est caractérisée du côté des organes génitaux par des symptômes parfois insignifiants: c'est une

rougeur plus ou moins diffuse, une érosion qui peut paraître accidentelle, mais souvent aussi ces symptômes sont accompagnés de douleur de sensation de tiraillement, de pesanteur, peu en rapport avec la bénignité apparente des lésions. Mais à côté de ces phénomènes locaux qui semblent peu digne d'attention se manifestent des symptômes généraux d'infection, plus ou moins accentués, depuis un léger état fébrile et nauséeux, jusqu'au collapsus et à l'adynamie. En même temps que l'état général s'aggrave, les phénomènes locaux prennent plus d'extension, la rougeur s'étend, l'œdème apparaît donnant à la verge un volume énorme, le double du volume primitif, il intéresse en particulier le prépuce qui vient alors donner au membre viril l'aspect classiquement connu sous le nom de battant de cloche. La coloration du fourreau prend les aspects les plus variés, allant du rose pâle au violet foncé livide, avec toutes les nuances intermédiaires. On peut remarquer en même temps des traînées de lymphangite pouvant s'étendre à l'abdomen et aux plis génito-cruraux.

Nous venons de parler d'adynamie; cet état infectieux a pu en imposer pour une fièvre typhoïde, à un examen rapide et superficiel. Le malade d'Acquaviva entrant d'urgence à l'hôpital et ne pouvant fournir des renseignements, est d'abord dirigé par l'interne de garde sur un service de fiévreux, et ce n'est que le lendemain à la visite que l'on s'aperçoit de la nature réelle de son affection.

La période d'état s'ouvre par l'apparition brusque du symtôme gangrène qui vient s'ajouter à la scène. Entre la première apparition de rougeur à la verge et la manifestation évidente du processus gangréneux, nous dit Fournier, il se passe de vingt-quatre à trente-six heures. A ce moment apparaît subitement une plaque de sphacèle généralement noire, tantôt, et le plus fréquemment sur la verge, d'autres fois sur le scrotum d'où elle s'étendra ensuite, soit directement, soit en laissant des intervalles de peau saine, au tégument pénien. L'eschare gangréneuse peut être ou non précédée de grosses phlyctènes, indiquant une mortification du

derme. Elle est en général noire, sèche, insensible à la piqûre, d'autres fois, elle présente un aspect blafard et décoloré de gangrène blanche, de gangrène lymphatique de Jalaguier, mais cela n'est pas habituel.

L'étendue de la zône de mortification est extrêmement variable. Elle va de la dimension d'une pièce de cinquante centimes à celle de toute la surface du scrotum et de la gaine pénienne. Il semblerait alors, comme dans le cas de Bonnières que les organes génitaux ont été trempés dans l'encre. Il y a parfois de l'adénopathie inguinale, mais la plupart du temps elle est nulle. Enfin, les parties respectées présentent souvent une macération de l'épiderme.

Un fait nous a paru particulièrement remarquable dans cette symptomatologie: c'est que chez les sujets jeunes et vigoureux, le processus de mortification était accompagné de phénomènes généraux réactionnels beaucoup plus intenses que chez les sujets âgés. Il semblerait en résulter que plus l'organisme est vigoureux, plus il lutte contre l'infection générale, tandis que le processus nécrobiotique évolue chez les sujets affaiblis sans éprouver une aussi vive résistance. En d'autres termes, la réaction est en raison directe de la valeur physiologique de l'individu. Nous avons déjà dit que la partie tégumentaire de l'appareil génital était le plus généralement intéressée ; le gland cependant est assez souvent atteint, mais pour ce qui est des corps caverneux et de leur enveloppe fibreuse, le cas est tout à fait exceptionnel et il s'agit plutôt là, d'affections spéciales à point de départ uréthral, dans lesquelles il faut souvent incriminer, très souvent le gonocoque ou bien des manifestations de syphilis tertiaire ou même secondaire qu'on ne confondra pas avec l'affection que nous étudions en ce moment.

Mais bientôt le processus gangréneux va rétrocéder, et ces lésions qui s'étaient établies avec une rapidité vraiment effrayante vont disparaître d'une façon tout aussi extraordinaire. La fièvre tombe, le sillon d'élimination se dessine, les eschares vont se détacher, la période de réparation commence.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi; les lésions s'étendent, il se forme des abcès, des phlegmons des régions avoisinantes, accompagnés de tout le cortège d'une septicémie suraiguë. C'est là une partie que nous étudierons un peu plus loin au chapitre des complications.

Dès que les eschares tombent, les ulcérations éliminent encore quelques parties mortifiées, d'aspect gris sale ou noirâtre, mais elles se détergent rapidement, présentent un aspect rouge bourgeonnant de bonne nature et l'épidermisation ne tarde pas à commencer. Il est évident que ce travail de réparation est plus ou moins long, suivant l'importance des pertes de substance et on peut voir sur nos tableaux que la durée totale de la maladie varie entre deux semaines et trois ou quatre mois. Il est cependant remarquable de voir la restauration du scrotum et de la peau de la verge se faire parfaitement chez des sujets ayant eu leurs testicules à nu.

Les deux points sur lesquels nous ne saurions trop insister, c'est la brusquerie avec laquelle se fait l'apparition de l'eschare et la rapidité avec laquelle se fait l'élimination de cette eschare et le travail de réparation. La présence de ces deux signes, du second en particulier, mettront souvent le praticien sur la voie du diagnostic dans les cas douteux.

Telle est la marche habituelle de l'affection, nous verrons plus loin en étudiant les complications, qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que la bénignité de la gangrène foudroyante, bien que fréquente, n'est pas absolue.

CHAPITRE III

Diagnostic

Nous abordons ici un des chapitres les plus importants de ce travail, non que la gangrène de la verge soit difficile à reconnaître, mais les formes et les causes en sont multiples. De plus, à côté des gangrènes proprement dites, nous trouvons des affections nécrosantes, ou phagédéniques pour employer le mot exact. Elles résultent de causes diverses et peuvent, comme le chancre mou, être le point de départ de lymphangite gangréneuse, au point qu'il sera souvent difficile de savoir s'il faut incriminer surtout le processus chancrelleux ou l'infection secondaire qui est venue se greffer sur lui.

Pour être complet, un diagnostic doit s'efforcer de préciser le plus possible la nature exacte de l'affection à laquelle il se rapporte, il ne doit pas se contenter d'être une étiquette plus ou moins vague se rapportant à une série de faits plus ou moins semblables, il doit être à la fois différentiel, étiologique et pathogénique. en particulier dans le cas d'une gangrène, car ce n'est là en somme qu'un symptôme dont il faut indiquer les causes et l'origine. Il est vrai que dans notre cas particulier les causes et les origines sont souvent absolument méconnues, mais cette absence de cause est pré-

cisément une caractéristique de notre affection qu'il faudra noter soigneusement.

Il est évident que lorsque nous retrouverons avec un caractère d'apparition bruyante et brusque, la gangrène des organes génitaux chez un malade jeune et vigoureux ne présentant aucune tare organique, si de plus nous ne voyons comme cause immédiate, aucun traumatisme, aucune cause physique apparente, nous n'aurons pas de peine à reconnaître la forme dite spontanée foudroyante.

Il est des formes de la gangrène de Fournier moins brusques que celles que nous venons de décrire et d'autres fois le processus de réparation s'attarde de telle sorte que si l'on n'a pas assisté aux phénomènes de début ou s'ils sont mal rapportés par le malade, ce n'est que par élimination que l'on peut arriver à faire le diagnostic. Nous indiquerons plus loin les diverses affections auxquelles on peut songer en présence d'ulcérations gangréneuses des organes génitaux.

Au début de l'affection, le clinicien peut être embarrassé. Mais le symptôme gangrène apparaît d'ordinaire si rapidement, que le médecin est rarement appelé à constater les phénomènes initiaux.

On peut assister à une lymphangite inflammatoire ordinaire, songer à de l'érysipèle, de la balanite ou de la balano-posthite. Mais l'apparition de la gangrène viendra rapidement indiquer la vraie nature de l'affection.

Au point de vue étiologique, Taurin donne une bonne énumération des diverses causes de gangrène des organes génitaux. Nous les rapporterons pour apprendre à distinguer les différentes gangrènes suivant leur origine.

En fait de causes générales, nous relevons le diabète, l'alcoolisme, l'impaludisme, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la morve, les cantharides et l'ergot de seigle. Comme causes locales la balano-posthite, le chancre mou, le chancre syphilitique, le traumatisme, les corps étrangers de l'urèthre, l'infiltration urineuse. Taurin néglige de parler de la blennorrhagie qui est étudiée plus tard par Garnier et qui peut être

invoquée soit comme cause générale, soit comme cause locale et la syphilis à ses diverses périodes.

Reprenons ces différentes causes. Le diabète et l'alcoolisme, qui sont souvent liés l'un à l'autre chez le même individu prédisposent à la gangrène spontanée et aux complications gangréneuses des plaies.

C'est surtout dans le cas de fièvres éruptives, fièvre typhoïde, variole, que le médecin appelé auprès d'un malade présentant des symptômes généraux graves, peut, d'une part, ignorer l'affection locale si son investigation est incomplète, (cas d'Aquaviva), il peut d'autre part, être porté à consirer la lésion pénienne comme cause et point comme conséquence de l'infection générale. Ce n'est qu'un examen complet et attentif du malade qui pourra faire éviter cette erreur. Il faudra savoir également dépister les intoxications ergotiniennes et cantharidiennes.

Mais c'est surtout chez les individus qui ont habité les pays chauds que l'on trouvera les plus grandes difficultés. Car, si la malaria peut provoquer la gangrène. (Frérich's l'explique par l'oblitération embolique des petits vaisseaux, par le pigment mélanique) d'autres affections coloniales, telles que les ulcères annamites, les clous de Gafsa et de Biskra, à phagédénisme plus ou moins rapide, peuvent en imposer pour des gangrènes proprement dites. Enfin, si l'on tient compte du fait que la syphilis fait des ravages, surtout dans les milieux coloniaux, il sera facile de voir combien, dans certains cas le médecin sera embarrassé pour faire un diagnostic précis, et pour savoir exactement quelle est la part qui revient à chacun de ces facteurs étiologiques.

Dans son mémoire, M. Batut nous rapporte un cas de ce genre particulièrement intéressant, il s'agit d'un sous-officier rentrant du Tonkin chez lequel on ne trouve, soit dans les commémoratifs, soit à l'examen direct, aucun signe de paludisme ou de syphilis antérieure. Pas d'affection des voies urinaires, il contracte au moment de son retour en France, après avoir eu des rapports sexuels avec une annamite, un

ulcère exotique non spécifique qui, restant d'abord dans un état torpide, a fini par envahir graduellement le gland, les corps caverneux et le corps spongieux. Tous les moyens thérapeutiques ont paru n'avoir aucune influence dans la marche de ce processus et ce n'est qu'au bout d'un an environ, que la cicatrisation s'est opérée, laissant à la partie supérieure des bourses, un petit moignon de verge à l'aide duquel la miction peut se faire tout juste sans souiller le scrotum. Voilà évidemment une gangrène sans cause apparente, mais que nous hésiterons cependant à classer parmi les types que nous décrivons.

Les organes génitaux externes et l'urèthre en particulier sont aussi une sorte de terre d'élection pour le phagédénisme secondaire et tertiaire. M. Batut nous en rapporte également deux cas fort curieux dans lesquels l'urèthre, le gland et les corps caverneux ont été intéressés. Rappelons aussi le cas rapporté dans la thèse d'Emery, de cet enfant de 28 jours, présentant sur le scrotum une plaque brunâtre, accompagnée d'œdème de la région, plaque qui ne tarde pas à se ramollir en laissant une perte de substance. Ce n'est que grâce à son flair clinique que le professeur Fournier arrive à dépister la syphilis et l'influence décisive du traitement ioduré vint confirmer le diagnostic.

Enfin, la blennhorragie est une cause de gangrène de la verge. Garnier a très bien étudié cette question dans sa thèse et il cite neuf observations à l'appui. Nous retiendrons en particulier celle de ce canonnier, qui eut comme complications de la blennorhagie une phlébite de la jambe droite, puis une gangrène des corps caverneux et du gland.

L'infiltration urineuse a été enfin notée comme cause de sphacèle de la verge. Guyon et Albarran l'ont signalée même chez des gens porteurs de rétrécissements larges et ils ont démontré qu'à côté des gangrènes par infiltration, il existe chez les vieux urinaires une gangrène microbienne sans infiltration et spontanée en apparence.

Nous avons déjà énuméré les causes locales, qu'il faudra

rechercher, leur étude détaillée entrera mieux dans le chapitre de l'étiologie et de la pathogénie.

Rappelons, que si nous nous trouvons en présence d'ulcérations scrotales, les épididymites et les vaginalites peuvent, après une période inflammatoire intense, s'ouvrir à l'extérieur, en donnant lieu à une perte de substance plus ou moins étendue. Nous ne citerons que pour mémoire les affections cancéreuses de la verge qui, par leur aspect et leur allure générale, ne pourront guère être confondues avec les gangrènes.

En présence donc d'une gangrène de la verge ou du scrotum, il faut pour faire un diagnostic complet, examiner à fond son malade, se rendre compte de son état constitutionnel, rechercher avec soin les antécédents héréditaires et personnels en particulier, au point de vue de la blennorrhagie et de la syphilis.

Il faudra se faire détailler d'une façon précise l'histoire de la maladie et le mode d'apparition des accidents; procéder ensuite à l'examen des urines, au point de vue du sucre et de l'albumine; examiner l'état général du malade et, en particulier son système circulatoire. Les investigations locales seront des plus rigoureuses. On recherchera si à côté du sphacèle on ne trouvera pas des lésions telles que chancre mou, chancre induré. On verra s'il n'existe pas de causes de compression telles que phimosis ou paraphimosis.

Enfin, il faudra procéder à l'examen du calibre du canal de l'urèthre et voir si un rétrécissement peut être mis en cause.

Ce n'est que dans ces conditions, du moins pour certains cas peu typiques, que l'on peut arriver à faire un bon diagnostic, précis et complet.

CHAPITRE IV.

Etiologie et pathogénie

Les deux questions de l'étiologie et de la pathogénie de la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes ou de la lymphangite gangréneuse ne sont pas encore élucidées. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il s'agit là d'une maladie infectieuse avec localisation génitale. Mais quel est l'agent de cette infection, quelle est sa porte d'entrée, voilà deux questions auxquelles nous ne pouvons encore répondre.

Nous ferons remarquer d'abord que les termes de gangrène foudroyante, gangrène spontanée, s'ils ont l'avantage de préciser les caractères les plus frappants de l'affection, ne sont peut-être pas cependant d'un choix très heureux, car ils peuvent prêter à confusion. En chirurgie en effet depuis Chauveau et Arloing on donne le nom de gangrène foudroyante aux gangrènes gazeuses et en particulier à la forme de sphacèle déterminé par le vitrion septique de Pasteur. Or, dans tous les cas que nous rapportons on ne signale jamais la gangrène gazeuse. Quant au terme de spontanée, il convient surtout aux gangrènes dues à des thromboses ou à des altérations vasculaires et en particulier au type gangrène sénile. Cependant cette dénomination est consacrée par

l'usage et le terme de lymphangite gangréneuse est trop vaste car il peut se rapporter à des faits ne rentrant pas dans le cadre de notre étude.

M. Villar, en 1887, s'élevait aussi fort justement contre la dénomination d'affection anthracoïde donné par Moulinié au pénitis gangréneux car cette épithète prête encore à confusion et il ne s'agit point là d'affection charbonneuse ainsi que le mot anthracoïde pourrait le faire supposer à tort. Il ne nous appartient pas de proposer une appellation nouvelle et nous continuerons à nous servir de celle consacrée par l'usage, celle de gangrène spontanée foudroyante.

Les opinions relatives à la gangrène foudroyante et spontanée sont fort diverses on a tour à tour invoqué des origines génitales, bactériennes, des influences cosmiques des traumatismes légers: Thizy de Bruxelles en a même fait un trouble trophique dû à une altération des ganglions du grand sympathique; c'est du reste la seule opinion de ce genre que nous ayons retrouvée.

L'acte génital, les influences cosmiques, le froid notamment sont invoqués par Verchère. Fournier s'élève avec raison contre l'hypothèse d'une inoculation génitale en se basant sur ce fait que nombre de ses malades n'avaient pas eu de rapprochements sexuels depuis plusieurs mois avant l'apparition des accidents. Ceci est facile à contrôler sur nos tableaux. Cependant nous remarquons que les phénomènes inflammatoires ont apparu souvent deux ou trois jours après l'accomplissement de coïts répétés ou tumultueux et nous croyons qu'il y a là à défaut de cause efficiente du moins une cause adjuvante dont il faut tenir compte.

Actuellement tout le monde est unanime à reconnaître dans la gangrène foudroyante une affection microbienne. Mais quelle est ce microbe? On a cherché, et sans succès d'ailleurs, à établir quel pouvait bien être l'agent spécifique de cette affection. Volterra et Pellizzari ayant rencontré le streptocoque dans le sang et dans le pus de leurs malades et

ayant pu le cultiver croient avoir résolu la question. Les recherches d'Emery, deux ans après, confirment cette manière de voir. Il est vrai que nombreux sont les auteurs qui ont considéré cette affection comme étant dué au streptocoque; Quatro-Ciocchi le retrouve dans une gangrène de la gaine pénienne, associé à un bacille court et trapu. Nous le voyons signalé aussi dans ce genre d'affections par Rona de Buda-Pesth, Sorgo, de Vienne et Duvernoy qui l'a rencontré dans la gangrène du scrotum chez le nouveau-né. Mais il est des cas où cet agent pathogène n'a pas été rencontré. Scherber a signalé comme agent de cette gangrène l'association d'une bactérie vibrioforme prenant le Gram avec un spirochœte ne prenant pas le Gram. Dans le cas de Danlos, l'examen bactériologique et les cultures en milieux divers a donné une variété de staphylocoques en amas, en diplocoques et en chaînettes de trois ou quatre éléments. M. Veillon déclare avoir vu dans la gangrène foudroyante génitale un bacille anaérobie à forme ramifiée.

Dieulafoy qui dans sa clinique de 1906 a rapporté un cas des plus remarquables de gangrène foudroyante de la verge a fait procéder par son chef de laboratoire M. Gouraud à un examen complet et méthodique de toutes les lésions. Le résultat de ces recherches a été le suivant: partout on a trouvé en association deux microbes:

1° Un gros bacille aérobie, épais, arrondi aux extrémités, prenant le Gram et souvent peu teinté à son centre qui n'est autre que le bacille aérobie septique de Legros et Lecenne.

2° Un diplocoque aérobie et anaérobie facultatif, l'entérocoque de Thiercelin; quant au streptocoque nous dit l'éminent professeur, il n'en est pas même question.

Dans une de nos observations inédites, de la sérosité prélevée au moment de l'intervention au niveau des tissus gangrénés a donné par ensemencement des cultures de staphylocoque doré. Nous avons vivement regretté de n'avoir connu le malade de M. le professeur Villar qu'après l'intervention

chirurgicale et alors que tous les phénomènes généraux avaient disparu. Nous aurions été heureux de pouvoir faire quelques recherches bactériologiques pour notre compte personnel.

Que faut-il conclure de cette diversité de résultats dans l'examen bactériologique. D'abord nous remarquerons que c'est encore le streptocoque qui est le plus souvent incriminé, mais non toujours et bien s'en faut. Il ne faut donc pas rechercher une spécificité streptococcique, il ne faut pas non plus croyons-nous, (ce n'est là bien entendu, qu'une simple opinion) rechercher une spécificité microbienne quelconque. Cette notion de spécificité tend à se restreindre; il existe évidemment des microbes réellement spécifiques, tels le bacille de la tuberculose, de la diphtérie, mais nous savons d'autre part qu'un même agent peut produire des manifestations pathologiques fort différentes, suivant les conditions de milieu, de quantité, de virulence, d'association dans lesquelles il peut se trouver. Nous savons en particulier d'après Cornil et Babès que la gangrène n'a pas de microbe spécifique et que les staphylocoques de la suppuration sont aussi des agents très actifs du sphacèle, du moins lorsque s'y prêtent quelques causes prédisposantes. Par conséquent, la gangrène foudroyante spontanée de la verge, ainsi que l'ont démontré les recherches bactériologiques n'a pas de microbe spécifique. C'est un processus infectieux banal donnant lieu pour des motifs qui n'ont pas été encore déterminés à des manifestations locales et générales souvent fort graves.

Mais une autre question se pose: d'où viennent ces éléments morbides et quelle est leur porte d'entrée dans l'organisme. En 1900, Guiseppe Cao fit paraître, une étude détaillée et très documentée sur la flore du smegma préputial et sur le pouvoir bactéricide de la muqueuse préputiale. L'analyse de ce travail a été faite par Legrain dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires de Paris (An. 1900, p.766-768). L'auteur Italien a examiné le smegma de dix individus

parfaitement sains au point de vue de sa flore et au point de vue de sa virulence. La flore est extrêmement variée ainsi qu'on peut le voir par le tableau ci-dessous. Sur 10 sujets examinés, on a trouvé indépendamment du bacille, du smegma, plusieurs fois décrit auparavant, notamment par Tavel et Alvarez. Voici le résultat de cet examen:

Staphylocoque doré	4 fois.
Staphylocoque blanc	7 —
Bacille pseudotyphique	3 —
Staphylocoque citrin	2 —
Bactérium coli	6 —
B. Subtilis	8 —
B. Radiciformis	3 —
B. Megatherium	2 —
Sarcina alba	8 —
Sarcina lutea	5 —
Sarcina aurantiaca	2 —
Coccus blanc	4 —
Coccus jaune	3 —
Un microcoque non identifié	1 —
B. fluorescens liquefaciens	1 —
B. fluorescens non liquefaciens	2 —
B. Mucosus	1 —
B. pseudodipthéritique	1 —
B. prodigiosus	2 —
Un bacille chromogène	1 —
Un bacille chromogène non identifié	1 —
Levure blanche	2 —
Levure rose	1 —
Proteus vulgaris	2 —
Oïdium non identifié	1 —

Cao a non seulement démontré l'existence de tous ces germes à l'état de saprophytes dans le smegma, mais encore étudiant la virulence de ce smegma, il a constaté que même pour le sujet sain et normal, elle est telle que son inoculation peut déterminer des septicémies mortelles chez le lapin.

Si nous tenons compte de la finesse extrême de la muqueuse balano-préputiale, si nous remarquons que les éraillures en sont très fréquentes, notamment dans le coït, que chez certains sujets atteints d'herpès génital récidivant, on trouve presque continuellement de petites ulcérations à sa

surface, l'idée vient à l'esprit de voir dans ces faits d'infection généralisés avec localisation du côté de la verge et du gland, une auto-infection d'origine smegmateuse.

Parmi la longue énumération que nous avons donnée plus haut, nous retiendrons en particulier les pyogènes tels que les staphylocoques, des anaérobies tels que les fluorescens liquefaciens et enfin le bacillus prodigiosus et le proteus vulgaris, aérobies facultatifs, que l'on retrouve très souvent dans presque toutes les gangrènes, associés à des pyogènes.

Le gland et le prépuce se trouvent donc comme baignés dans un bouillon de culture, surtout chez les individus peu soucieux de l'hygiène et de la propreté de leurs parties génitales; les microbes les plus divers peuvent y former les associations les plus variées. La rainure balano-préputiale en particulier dans le cas de phimosis, que nous avons constaté dans plusieurs observations, forme un habitat favorable et sûr pour le développement des anaérobies. Supposons qu'à un moment donné il se fasse une inoculation de ces agents pathogènes ou de leur toxines; nous aurons de ce fait la réalisation naturelle de ce que Cao a démontré expérimentalement chez le lapin.

Nous voyons immédiatement une foule d'objections qu'on peut opposer à cette hypothèse et nous essaierons de répondre à celles qui nous paraissent les plus sérieuses.

Tout d'abord, nous dira-t-on, la gangrène foudroyante spontanée est relativement rare et si l'on admet l'auto-inoculation, il semblerait qu'il dut en être autrement. Nous répondrons que, ainsi que l'a démontré Cao, et comme toutes les muqueuses, la muqueuse balano-préputiale possède un pouvoir bactéricide très net qui lui permet de s'opposer à l'invasion microbienne. Pour que celle-ci se produise, il faut qu'il y ait un obstacle à ce pouvoir défensif, tel que solution de continuité, ou diminution de vitalité des éléments anatomiques sous des influences diverses, traumatisme ou autres. Les phénomènes généraux démontrent une virulence toute particulière de l'agent infectieux qui doit être

liée à des conditions d'association microbienne, de présence d'anaérobies, ou de tout autre cause d'exaltation de la nocivité microbienne, causes qui ne doivent se rencontrer qu'accidentellement. On peut supposer que la réalisation en pratique de ces diverses conditions est assez rare et ce serait là une explication du peu de fréquence de l'affection. Tout ceci évidemment manque de précision, mais nous l'avons déjà dit, la question est encore fort obscure et on ne peut faire que des hypothèses ne contredisant pas autant que possible les faits observés.

Dans cette théorie, les influences cosmiques, le coït, les traumatismes légers reprennent leur juste place, comme causes adjuvantes de l'inoculation pénienne. Ils peuvent fort bien, en effet, en mettant la muqueuse balano-préputiale en état de moindre résistance, en diminuant la vitalité de ses éléments, en y amenant des solutions de continuité, diminuer ou neutraliser ses propriétés défensives. Quatrio-Ciocchi est arrivé en déterminant par une légère brûlure sur le gland d'un chien, une petite plaie, et en y déposant du streptocoque associé au bacille court dont nous avons déjà parlé plus haut, à déterminer des phénomènes de nécrose sur cet organe. Sans ajouter une importance exagérée à ce fait d'expérimentation, nous rappellerons combien les différentes causes énumérées plus haut, chaud, froid, traumatisme, etc., contribuent à diminuer la vitalité et le pouvoir défensif des éléments anatomiques et nous terminerons là, avec ces données de pathologie générale.

L'inoculation balanique est nettement indiquée dans les gangrènes consécutives à des phimosis, à des balano-posthites, des chancres mous et des chancres syphilitiques. Nous n'aurons garde de confondre la gangrène foudroyante, avec les phagédénismes chancrelleux, avec les phagédénismes secondaires et tertiaires dont nous avons parlé au chapitre du diagnostic, nous savons aussi qu'il existe une gangrène chancrelleuse, bien décrite par Legueu dans Le Dentu et Delbet. Mais dans nos observations, on peut voir des cas

dans lesquels le tableau clinique était indiscutablement celui de la gangrène de Fournier et où nous trouvons soit un chancre mou, soit une balano-posthite comme point de départ. Dans une des observations que nous rapportons, un jeune homme de 16 ans atteint de paraphimosis qui n'a été réduit qu'au bout de deux jours, et qui a eu des ulcérations avec perte de substance de son prépuce, a eu une lymphangite gangréneuse foudroyante qui a apparu les jours suivants.

Nous ne serions pas éloignés de croire qu'entre ces différents processus inflammatoires, il n'y a que des différences de degré et que, ainsi, que celà concorde avec les faits observés. l'intensité des phénomènes généraux est en raison directe de l'obstacle apporté par l'intégrité plus ou moins grande de la muqueuse balano-préputiale. En d'autres termes, il semblerait que la virulence de l'agent pathogène doit être d'autant plus grande que les barrières de défense de l'organisme sont plus fortes. Si dans ce dernier cas, l'organisme est vaincu, l'infection s'y manifestera d'autant plus bruyamment qu'elle a dû être puissante pour pouvoir l'envahir.

Enfin un dernier fait nous indique qu'il faut chercher l'explication de la gangrène foudroyante spontanée dans les conditions spéciales où se trouvent les organes génitaux de l'homme, soit par leur configuration générale, soit par leur structure: c'est l'absence presque totale de cette affection chez la femme. On a bien signalé un ou deux cas de sphacèle du vagin consécutifs à des applications de forceps, mais ici le traumatisme est tellement violent, les modes d'infection tellement divers que nous ne croyons pas devoir les rapprocher de l'affection qui nous occupe. Nous ne trouvons qu'un seul cas bien typique dans la littérature médicale; c'est celui cité par Dieulafoy venant du service de M. Brissaud et que nous citons dans nos observations.

Et maintenant si nous admettons l'entrée au niveau du gland ou du prépuce de l'élément pathogène, quelle voie suit-il dans l'organisme, par quel mécanisme arrive-t-il à produire la gangrène ?

Nous croyons en tenant compte de la disposition des lymphatiques du gland et de la verge, et de la localisation habituelle des lésions, qu'il s'agit là de faits de lymphangite gangréneuse. Les lymphatiques sont en effet très développés et très superficiels à ce niveau. Ils forment un réseau très serré au niveau du derme de la muqueuse balano-préputiale. Il y a là par conséquent une excellente voie d'absorption. Du reste si cette opinion n'est pas admise universellement, elle compte de très chauds partisans. Fournier, dès le début de ses observations, constate la lymphangite autour de la gangrène, Verchère s'en montre un partisan convaincu, de même Taurin et Fourrée. L'objection la plus sérieuse qu'on puisse faire, est celle-ci: que dans plusieurs observations, la lymphangite n'a pas été constatée. On peut faire remarquer que dans nombre de cas, le médecin n'a été appelé auprès du malade que lorsque le processus gangréneux était déjà en évolution; qu'à ce moment, l'angioleucite avait disparu. La rapidité de la production des eschares a pu faire passer inaperçue la lymphangite. On pourrait aussi à la rigueur admettre que les microbes ou leurs produits toxiques aient pu suivre la voie lymphatique sans y déterminer de réaction inflammatoire pour produire subitement en un point donné des phénomènes de nécrose.

Nous savons, en effet, d'après Cornil et Bavès, « qu'il n'est pas indispensable que les tissus soient primitivement enflammés pour que la gangrène septique se produise. » Celle-ci peut se produire d'emblée. Dans ce cas, si on nous demande pourquoi cette prédilection pour les organes génitaux, nous répondrons, avec Dieulafoy, qu'il faut compter avec le terrain génital qui paraît être un terrain de réceptivité bien préparé. C'est en effet, un de ceux où l'on constate le plus souvent la gangrène.

Enfin, l'apparition préalable de phlyctènes souvent constatée, indique une mortification du derme ; or d'après Jalaguier, la lymphangite aboutit à la dermite. Le sphacèle dans la gangrène foudroyante se produit surtout dans le revête-

ment cutané qui est bien le territoire lymphangitique, tandis que lorsque nous assistons à la nécrose des corps caverneux ou du corps spongieux il s'agit plutôt d'inflammations ayant un point de départ uréthral ou péri-uréthral comme dans le cas de MM. Batut et Garnier.

Emery dans sa thèse, dit que si la lymphangite d'origine balanique, explique les sphacèles de la région pénienne, elle n'explique pas ceux qui ont apparu d'emblée sur le scrotum; il semblerait que la plaque de sphacèle aurait apparu sur le trajet suivi par les lymphatiques. Mais les lymphatiques du gland et du scrotum se réunissent plus ou moins en allant se jeter dans les ganglions des aines, et une lymphangite peut fort bien remonter le sens des vaisseaux blancs ainsi que le prouve le cas cité par Jalaguier d'un sphacèle de la verge consécutif à une ulcération inguinale, ainsi que le cas qui a été observé récemment dans le service de M. le Prof. Lanelongue, d'une lymphangite gangréneuse de la verge ayant pour point de départ un hématome traumatique du scrotum. Si l'adénopathie inguinale n'a pas été souvent notée dans les cas qui nous intéressent, c'est que, en raison de cette brusquerie de l'invasion, de cette absence de défense de l'organisme au début de l'affection, les ganglions n'ont pas joué leur rôle protecteur et cela pourrait servir à l'explication des phénomènes généraux.

Enfin, un fait qui semble encore confirmer notre manière de voir, c'est la terminaison chez les nouveaux-nés par la gangrène foudroyante, des téguments péniens et scrotaux, de lymphangites apparues au voisinage de ces organes et dont le point de départ est encore assez peu connu. Rousseau dans sa thèse inaugurale en a réuni huit observations fort intéressantes.

En résumé, la gangrène des organes génitaux externes de l'homme dite foudroyante spontanée par Fournier semble être assez vraisemblablement une lymphangite gangréneuse due à une auto-inoculation des éléments pathogènes du smegma.

CHAPITRE V

Pronostic et complications

La lymphangite gangréneuse de la verge, après avoir donné lieu à un tableau clinique fort dramatique, rétrocède dans la plupart des cas avec une très grande rapidité et du jour au lendemain, tel malade qui présentait des symptômes fort graves, voit le sphacèle s'arrêter, les eschares tomber, les plaies se déterger et tout ne tarde pas à rentrer dans l'ordre. Il semblerait, comme le fait remarquer Emery, que l'organisme, d'abord surpris par l'invasion infectieuse, se ressaisit subitement, et opposant une vive résistance, arrive à triompher rapidement de l'agression morbide.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi et sur 47 cas que nous rapportons, nous relevons huit décès, ce qui fait la proportion considérable de 17 pour cent. Emery dit que l'affection tourne généralement à la guérison, fait d'autant plus remarquable que son cortège symptomatique a été plus effrayant. Mais Briquet s'élève contre cette assertion et sur six observations qu'il rapporte, quatre cas ont été mortels. Il est vrai que dans deux ou trois il y a eu des lésions primitives de grattage qui ne permettent pas peut-être de voir là des gangrènes réellement spontanées. Cependant l'auteur prévoit l'objection et soutient qu'il s'a-

gissait bien de l'affection dont nous parlons en ce moment et non point de phlegmon diffus des bourses. L'examen post-mortem démontra, en effet, qu'il s'agissait de lésions de la peau et non point de lésions du tissu conjonctif. Quoi qu'il en soit, si nous ne tenons pas compte des cas de Briquet, la proportion devient de dix pour cent environ. Remarquons encore que sur ces quatre décès deux sujets âgés l'un de 40 ans, et l'autre de 55 ans, étaient des alcooliques avérés. Le troisième a présenté de l'érysipèle généralisé à l'abdomen et aux jambes et mourut deux jours après son entrée à l'hôpital. Le dernier cas le plus impressionnant est celui de Dieulafoy; le sujet succomba le surlendemain de son admission à une septicémie suraiguë avec foyers secondaires au doigt, à la langue et au cerveau.

Nous croyons cependant que si le pronostic doit être réservé, il peut être cependant favorable dans la majorité des cas, à condition cependant que le malade ne présente pas de tares physiologiques qui le mettent en état de moindre résistance.

Voilà pour ce qui est du pronostic général; mais les complications sont très fréquentes et très nombreuses. — Lymphangite, érysipèle et phlegmon peuvent être les étapes d'un même processus dit Brodier et de fait l'érysipèle et le phlegmon sont des complications que nous trouvons associées ou isolées à plusieurs reprises différentes dans nos observations. Deux fois l'érysipèle bronzé est venu compliquer la gangrène foudroyante. Nous trouvons enfin un cas d'orchite infectieuse avec vaginalite.

Parmi les signes d'infection généralisée qui viennent s'ajouter aux phénomènes locaux, nous signalerons, des éruptions diverses des érythèmes apparaissant en diverses parties du corps et notamment du purpura que l'on a rencontré jusque sur les muqueuses.

Parmi les accidents locaux, on a signalé l'hémorrhagie, mais elle n'a pas été souvent constatée et celà pour l'excellente raison que la lymphangite gangréneuse n'atteint guère

que les téguments, et par conséquent, ne risque pas de léser des vaisseaux importants. Dans les cas dont nous parlons, il s'agissait d'hémorrhagies dues à des lésions des corps caverneux ou de l'artère dorsale de la verge. Il est probable qu'il y avait là des phénomènes d'inflammation à point de départ urèthral et ne rentrant pas par conséquent dans notre cadre. Cependant dans un des cas de Verchère, nous trouvons de l'uréthrorrhagie sans uréthrite à proprement parler et la cause de cet écoulement sanguin reste pour nous sans explication. Dans 3 cas, le point de départ de l'hémorrhagie a été le prépuce.

Enfin, nous aurons terminé cette énumération en parlant de la formation d'eschares, notamment au sacrum (cas de Gosselin) l'existence de lymphangite et d'adénopathies secondaires, de méningite (cas de Dieulafoy), de congestion pulmonaire (cas de Chavannaz), d'albuminurie passagère, bref tous les signes des septicémies.

Le médecin interrogé par le malade ou par son entourage, effrayé à l'apparition du sphacèle et des phénomènes généraux, pourra cependant, en général chez un sujet jeune et vigoureux ne présentant pas d'affection intercurrente, promettre une guérison prochaine. De plus il est rare de voir les fonctions génitales compromises pour l'avenir. La perte de substance, surtout si elle se limite comme c'est presque la règle, au revêtement cutané, se répare d'une façon vraiment extraordinaire, on a pu voir un scrotum laissant les deux testicules complétement à nu, se réparer et se reconstituer presque entièrement en tissu cicatriciel, il en est de même du fourreau de la verge. Chez les sujets dépassant la quarantaine, artério-scléreux, ou présentant quelques signes de sénilité physiologique, il faudra être plus réservé. C'est chez eux que nous relevons trois cas de mort sur quatre.

CHAPITRE VI

Traitement

Dans ce chapitre, après un court aperçu du traitement de la gangrène des organes génitaux aux différentes époques de l'histoire de la médecine, nous passerons à l'étude du traitement immédiat, soit général, soit local, de l'affection que nous venons de décrire. Nous verrons ensuite quel doit être le traitement éloigné, c'est-à-dire celui des lésions qui peuvent subsister après la disparition des phénomènes aigus et enfin nous nous poserons la question de savoir s'il y a un traitement préventif et s'il peut être appliqué efficacement.

La cautérisation, précédée de l'ablation des parties sphacélées, semble avoir été, de tous temps, le traitement de choix dans les gangrènes génitales. Galien dit: « qu'il faut enlever avec le couteau ce qui est gangrené et brûler ensuite la plaie. » Ambroise Paré est plus radical: « il est nécessaire de faire l'amputation pour éviter la mort. » En 1843, Pétrequin de Lyon, conseille de pratiquer l'amputation de la verge avant même la délimitation de la gangrène. (Examinateur médical, avril 1843.)

Vidal s'élève contre cette façon d'agir et Bégin dit que la gangrène de la verge n'exige jamais l'ablation de cette partie.

Demarquay, dans son Traité des maladies chirurgicales du pénis, préconise les scarifications qui favorisent la circulation sanguine et le cautère actuel. Quelques années auparavant, Gazolli, de Naples, avait vanté les propriétés de l'acide citrique en applications locales. Depuis l'apparition des doctrines microbiennes, tous les antiseptiques ont été plus ou moins employés; nous verrons citer tour à tour dans les observations, l'iodoforme, le sublimé, l'eau blanche, etc., etc. Mais le cautère, soit pour délimiter la zone atteinte, ou opérer des débridements, reste toujours en grande faveur. Signalons comme curiosité thérapeutique l'emploi de la terre glaise et d'acide acétique sous forme d'emplâtre, indiqué dans une observation allemande en 1890.

Actuellement l'eau oxygénée jouit d'une très grande faveur dans ce genre d'affections et cette vogue paraît fort justifiée, d'abord par la toxicité pour ainsi dire nulle de ce médicament et par son action spéciale sur les anaérobies; de plus, dans les cas ou son emploi a été signalé et en particulier dans nos observations inédites, son efficacité a paru très nette.

Donc, actuellement, que ferons-nous en face d'un cas de gangrène spontanée foudroyante de la verge? Dans les cas ordinaires, sous l'influence de l'eau oxygénée, nous ne tarderons pas à voir se produire l'élimination des eschares et l'arrêt du processus. On relèvera l'état général par des toniques. Si nous nous trouvons en face de symptômes graves de septicémie, les injections sous-cutanées, et mieux intraveineuses de sérum artificiel sont indiquées. Dans l'observation d'Acquaviva, le malade qui depuis son entrée était dans un état de torpeur typhoïde semble ressusciter subitement sous l'influence de l'injection d'un litre de la liqueur physiologique, dans la veine saphène interne.

Pour ce qui est de ce que nous avons appelé le traitement éloigné, nous croyons que lorsqu'il y a des pertes de substances considérables en particulier du côté du scrotum, une restauration opératoire s'impose. Il est vrai que dans des

cas assez nombreux, nous avons pu voir cette restauration se faire d'une façon spontanée dans les meilleures conditions possibles, mais pour de nombreux motifs, l'intervention s'impose souvent. D'abord, elle abrège notablement la durée totale de la maladie et tel malade dont les lésions n'ont été cicatrisées complètement qu'au bout de deux ou trois mois, aurait vu sa guérison s'effectuer beaucoup plus rapidement, grâce à une autoplastie; d'autre part, il est préférable de diminuer les chances d'infection secondaire de plaies ou d'ulcérations dont la cicatrisation est longue à s'effectuer. Le chirurgien doit aider la nature dans son travail de réparation et cela, dans le plus grand intérêt du malade. Enfin, le point de vue esthétique n'est pas à négliger, même et peut-être surtout dans cette région. Chez le malade de M. Villar, le traitement opératoire a donné un résultat très satisfaisant, et malgré la circoncision le malade a un pénis fort présentable.

Nous ne décrirons pas ici les différents procédés d'autoplastie ou de greffe qui ont été proposés ou effectués pour réparer les pertes de substance. Ce serait nous écarter de la question. Du reste, on ne peut poser de règles absolues à l'avance et dans chaque cas particulier, le praticien aura à tenir compte de l'étendue des lésions et de leur configuration pour savoir quelle est la meilleure méthode à suivre.

Une autre question se pose, c'est celle de savoir s'il y a un traitement préventif? Nous demandons par là si un médecin se trouvant en présence des phénomènes précurseurs de la gangrène, tels que la lymphangite, l'œdème, peut prévoir à ce moment et enrayer la marche du processus nécrosant. En admettant qu'il en fut ainsi, la gangrène foudroyante se produit généralement avec une rapidité telle, que le praticien serait en général appelé trop tard pour pouvoir intervenir préventivement. D'autre part, les signes de début sont assez peu caractéristiques pour qu'on puisse, du moins d'une façon certaine dire en voyant de la lymphangite, de l'œdème, du gonflement des organes génitaux externes, que la gangrène suivra forcément l'apparition de ces symptômes.

L'étude d'un cas de lymphangite chancrelleuse de la verge, rapporté par M. le docteur Batut, dans le Journal des maladies syphilitiques et cutanées nous a amenés à poser cette question. Il s'agit d'un soldat atteint de lymphangite chancrelleuse de la verge. Le malade présente des épistaxis répétées et se trouve dans un état septicémique grave. Pour soigner les ulcérations de la verge, on incise le prépuce sur la face dorsale. L'état général du malade s'améliore cependant, l'apparition d'un urticaire généralisé le deuxième jour, confirme l'idée de septicémie. De plus, le docteur L..., qui a pratiqué l'intervention, s'étant piqué au niveau du premier espace intermétacarpien gauche est atteint à ce niveau, de chancre mou. Les phénomènes les plus graves viennent compliquer cette inoculation! Nous notons dans l'observation, un adéno-phlegmon de l'aisselle, une phlébite du pli du coude, de la périostite de la clavicule, de l'adénopathie sus-claviculaire et un érysipèle du tronc. L'ensemble des phénomènes constatés chez le sujet porteur du chancre primitif et chez celui inoculé accidentellement, nous fait conclure à une virulence particulière de l'infection, ne rentrant pas dans le tableau d'une affection chancrelleuse ordinaire. L'homme porteur du chancre a eu tous les signes accessoires de la gangrène de Fournier, sans avoir de gangrène proprement dite; est-ce l'incision des téguments péniens, qui est venu arrêter la marche de cette affection? il est permis de le supposer. Cependant, on ne peut conclure d'après un seul cas et tout en admettant l'efficacité possible d'incisions, qui, facilitant la circulation sanguine dans les tissus œdématisés, arriveraient à prévenir la gangrène, nous reconnaîtrons que nous ne sommes pas fixés sur ce point et que même cette efficacité fut-elle admise, nous aurions rarement dans la pratique à y recourir, car dans la plupart des cas rapportés, la marche de l'affection a été telle, que lorsque le médecin a été appelé, le sphacèle était déjà en pleine évolution. Nous pouvons donc conclure que pour le moment, il n'y a pas de traitement préventif de la gangrène spontanée foudroyante des organes génitaux externes.

OBSERVATION I (Personnelle).

A. F...; 23 ans, infirmier à l'Hôpital Saint-André.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Pas de maladie de la première enfance, du moins au souvenir du malade, rien à signaler également dans l'âge adulte, pas de maladies vénériennes, pas d'herpès génital. Le malade a été réformé, paraît-il, du service militaire, pour hernie inguinale, mais ne souffre point de cette affection.

Le 16 octobre 1907, le malade a vu apparaître sur la partie dorsale du sillon bolano-préputial un petit bouton, plus ou moins blanchâtre, et à la présence duquel il n'attache aucune importance. Douze jours auparavant, il avait eu des rapports avec une femme qu'il connaissait déjà depuis quelques temps et qui l'avait gratifié de ses faveurs à plusieurs reprises. Le dernier coït n'avait présenté rien de particulier.

Cependant, le premier bouton est accompagné de deux ou trois autres, puis il se forme à leur niveau une ulcération. En même temps, des phénomènes inflammatoires apparaissent, rougeur du gland, gonflement du prépuce, douleur spontanée continue, très vive, sensation de pesanteur. En même temps, le malade se trouve dans un état de malaise général, céphalalgie intense, nausées.

Les souffrances devenant de plus en plus vives, et les phénomènes généraux augmentant d'intensité, le malade se décide à entrer dans le service de M. le professeur Villar. Température 38°6, le soir de l'entrée. On constate à ce moment un œdème énorme de la verge, qui est tendue et luisante, présentant l'aspect caractéristique dit, en battant de cloche. Sa surface présente des traînées rougeâtres diffuses. Pansement humide.

Le lendemain, 23 octobre, on constate l'apparition d'une eschare sèche, noirâtre, occupant le dos de la verge, intéressant le prépuce et la partie supérieure du gland. Température le matin 37°9, le soir,

40°1. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines, pansement à l'eau oxygénée.

Le 24 octobre, on constate une très large ulcération sur la face dorsale du gland, la muqueuse préputiale est gangrenée, la partie supérieure et latérale du prépuce qui est tombée, reste dans le pansement, la température est subitement redevenue normale.

Les jours suivants, l'ulcération a bien diminué, on ne voit qu'une petite plaque de 2 à 3 centimètres de large sur 1 centimètre de long sur le dos du sillon balano-préputial qui lui, a augmenté de largeur. La peau du prépuce a subsisté en bas, et forme une sorte de proéminence en bosse de polichinelle.

Le 31, l'ulcération étant cicatrisée, on procède à la résection de la tumeur cicatricielle postérieure. Après anesthésie locale à la stovaïne, on affronte la peau et la muqueuse, de façon à réparer la brèche produite par la résection et on les maintient ainsi par des points de crin de Florence.

Le malade sort parfaitement guéri le 15 novembre. Le prépuce n'existe plus sur la partie supérieure du gland où il s'est opéré une sorte de circoncision spontanée; à la partie inférieure il proémine un peu, mais se continue insensiblement au niveau des parties latérale, avec la peau du fourreau de la verge. On peut remarquer sur la surface du gland de légères cicatrices indiquant que la muqueuse de cet organe a été intéressée, mais elles sont tout à fait superficielles.

OBSERVATION II (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Chavannaz.

Gangrène de la verge. Intervention. Guérison

(MM. Chavannaz et de Boucaud).

Le nommé K..., Louis, 47 ans, entre à l'Hôpital Saint-André le 1er avril 1904.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien à signaler.

Au point de vue de ses antécédents personnels, le malade a toujours été bien portant, jamais de chancre, jamais de blennorrhagie.

Vers le 15 mars, il se fait accidentellement une petite écorchure au niveau de la verge, un peu en arrière du gland et les jours suivants la peau à ce niveau est un peu enflammée.

Le 20 mars, il se sent fatigué, il a de la fièvre, de l'anorexie, il tousse un peu et est obligé de s'aliter. Il semble à ce moment avoir une poussée grippale.

Le 29 mars, alors que la lésion primitive de la verge était presque guérie, le malade est pris brusquement de frissons, il éprouve des douleurs au niveau de la verge; la peau du prépuce s'œdématie rapidement. La tuméfaction gagne la racine de la verge. Effrayé, le patient consulte un médecin qui l'engage à entrer à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, le prépuce et les téguments voisins sont œdématiés, si bien, que la verge a à peu près doublé de volume. Sur sa face dorsale, en arrière du gland, et un peu sur le côté droit, on constate la présence d'une plaque noirâtre, recouvrant une petite tuméfaction rosée, fluctuante et douloureuse à la pression.

Les ganglions de l'aine du côté droit sont gros et douloureux, L'état général est mauvais, la température est de 38°4. Le pouls est petit, irrégulier, battant 120 fois par minute; il y a une dyspnée intense (60 inspir. par minute). Les deux poumons présentent des râles d'œdème.

Nous incisons au thermocautère la peau de la verge, depuis le bord libre du prépuce, jusqu'à la base de l'organe. Cette incision laisse écouler une sérosité louche. Un pansement à l'eau oxygénée est appliqué après introduction d'une sonde dans la vessie. De nombreuses ventouses sèches sont placées sur la poitrine du malade. Il est prescrit de la potion de Todd.

Le 2 avril, la température est de 39°8. Le pouls est à 120. L'état général toujours très mauvais. Les poumons sont encore fortement congestionnés. Les urines peu abondantes contiennent 2 grammes d'albumine par litre.

Le soir, la situation est la même, la température est de 39°2. Le 3 avril, même état général; un sillon d'élimination s'ébauche au niveau de la racine de la verge.

Le 4 avril, la verge est presque entièrement sphacélée. La sonde à demeure est enlevée.

Le 6 avril, amélioration de l'état général.

Le 8 avril, les tissus sphacélés sont détachés par quelques coups de ciseaux. Les urines ne contiennent plus d'albumine, il n'y a plus de troubles pulmonaires, le malade commence à manger. La température depuis deux jours est à la normale.

Le 25 avril, on fait de la dilatation du canal de l'urèthre. Le 25 mai, la guérison est à peu près complète. Mais il ne reste de la verge qu'une partie très restreinte. Presque toute la partie antérieure a été enlevée.

Le malade est revu en 1906, en bon état, au point de vue local.

De la sérosité prélevée au moment de l'intervention au niveau des tissus gangrenés, a donné par ensemencement, des cultures de staphylocoque doré.

OBSERVATION III (Inédite).

Due à l'obligeance de notre camarade le Dr Frontgous.

X..., âgé de 16 ans, chemisier, contracte une blennorrhagie, dans le courant du mois de janvier 1907.

Cette affection a été accompagnée de balano-posthite qui a amené un phimosis. Le phimosis se transforme à son tour en para-phimosis, par suite d'une manœuvre que le malade fait pour découvrir son gland.

Ce jeune homme qui avait caché son affection à sa famille, et qui est fort ennuyé de ce qui lui arrive, va se faire traiter dans un soi-disant institut des maladies génito-urinaires, où après des tentatives de réduction infructueuses, on se contente de prescrire une pommade à l'oxyde de zinc.

Cependant le malade souffre beaucoup dans la journée, la miction est presque impossible et se fait par gouttes. La nuit suivante, il ne ferme pas l'œil et le lendemain matin, constatant la couleur vio-

lacée de son gland, il se décide à entrer à l'Hôpital Saint-Jean.

Le 7 mars, à l'entrée, on constate que le gland est tuméfié et présente une coloration violet foncé. Rien de particulier sur la verge. Le prépuce forme lien au niveau du sillon balano-préputial et a l'aspect d'un bourrelet saillant et tendu. La tentative de réduction étant infructueuse, on procède à un débridement et dès que le prépuce est redevenu libre, on constate qu'il présente des ulcérations à fond noirâtre, à odeur très forte, et il s'agit vraisemblablement de plaques de sphacèle. Pansement à l'eau oxygénée. Température 38°4.

Le 8 mars, le malade se trouve mieux, la température est à 37°2. On refait le pansement qui est souillé par des débris sanieux, qui se sont éliminés des ulcérations préputiales et celles-ci présentent un aspect rougeâtre de bonne nature.

Le 11 mars, le malade se plaint de malaise, de céphalalgie intense, il n'a pu fermer l'œil de la nuit et souffre beaucoup de sa verge. On défait le pansement et on constate que la verge est œdématiée, énorme; elle présente environ le double de son volume normal. On remarque à sa surface des traînées rougeâtres, plus ou moins diffuses. Légère adénopathie inguinale. Température 38°8. La miction, quoique difficile, se fait spontanément; écoulement uréthral, presque nul. On prescrit un grand pansement humide.

Le 12 mars, apparition sur le dos de la verge, d'une plaque violacée, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, dure, indolente du moins à un toucher superficiel. On procède immédiatement à la cautérisation de la région par quelques pointes de feu, au niveau et autour de la plaque.

Le 13 mars, amélioration de l'état général, la plaque rougeâtre est complètement noire, mais un sillon d'élimination s'est dessiné autour et on peut l'enlever à l'aide d'une spatule. Elle laisse une perte de substance de la dimension d'une pièce de un franc. Pansement à l'eau oxygénée.

Les jours suivants, l'amélioration continue, l'œdème a disparu et la plaie bourgeonne. L'écoulement blennorrhagique persiste encore, mais peu abondant. On fait faire des lavages au permanganate.

Le 24 mars, la plaie est cicatrisée, l'état général est excellent. On constate à peine un peu de pus dans l'urèthre, le matin au réveil. Le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION IV

D'après une leçon clinique du professeur Dieulafoy.

Le 6 novembre 1905, un jeune homme de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, à la salle de St-Christophe. Le diagnostic s'impose d'emblée, il s'agit d'une gangrène de la verge.

Le pénis est œdématié, répandant une horrible puanteur, il a l'aspect d'un boudin; il est violacé à sa racine, et noir, couleur de charbon dans ses deux tiers antérieurs. Sur la face dorsale, quelques phlyctènes d'où s'échappe un liquide rougeâtre et fétide, prépuce volumineux et débordant en battant de cloche. Pas de crépitation; l'urine s'écoule librement mais imprègne les parties mortifiées. Les bourses rouges et œdématiées ne sont pas gangrenées. Les ganglions inguinaux sont volumineux et mobiles, mais non douloureux. Le malade ne paraît pas souffrir, il est abattu, prostré, les yeux éteints, les traits tirés; pendant la nuit, un peu d'agitation et de délire. Température 38°5.

Outre la gangrène de la verge, on constate à la région péri-anale, quelques ulcérations arrondies, indolentes, à base molle, à fond sanieux, qui existaient au dire du malade depuis plusieurs semaines. A la face dorsale de la langue, était une ulcération souple et indolore, au doigt médius de la main droite, on voyait une ulcération péri-unguéale qui avait engendré une lymphangite dont les réseaux colorés sillonnaient l'avant-bras. Le malade se plaignait d'une assez forte dysphagie et à l'examen de la gorge, on constatait sur le pilier droit une ulcération grisâtre.

Les détails donnés par le malade étaient assez peu précis, car ce pauvre garçon était dans un état voisin de l'adynamie, cependant la lésion semblait s'être faite en deux étapes. Le début avait été caractérisé par une tuméfaction œdémateuse de la verge avec fièvre, céphalalgie et cuisson au prépuce. Puis le mal avait progressé sans douleur et sans attirer autrement l'attention du malade, quand était survenue la gangrène dont la diffusion avait été presque foudroyante.

On pratiqua au thermo-cautère de larges scarifications qui furent suivies de pansements au formol. Mais le délire, la fièvre, l'agitation et l'adynamie augmentèrent rapidement, le pouls devint filiforme, la température atteignit 40°6 et le pauvre garçon succomba dans le coma le surlendemain de son entrée.

L'examen bactériologique des produits de sécrétion des parties atteintes du sang et des humeurs, démontra la présence de deux microbes associés et reconnus pour être l'un, le bacille septique aérobie de Legros et Lecenne, l'autre l'entérocoque, de Thiercelin. On trouva les mêmes microbes dans une plaque de méningite constatée à l'autopsie.

OBSERVATION V

Gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux chez une femme

Cas de M. le professeur Brissaud, rapporté par M. le professeur Dieulafoy dans sa leçon clinique.

Femme de 36 ans, en pleine santé.

Sans cause apparente, apparaît une phlyctène sur la grande lèvre droite. Le lendemain, les deux lèvres sont tuméfiées. Le surlendemain, troisième jour de la maladie, douleurs irradiées à la vulve, pas de ganglions de l'aine, écoulement vulvaire sanieux. Température à 38°. Le quatrième jour, escharre noirâtre, bilatérale, la gangrène est foudroyante; température à 39 degrés. Le cinquième jour, la gangrène s'étend en déterminant d'énormes pertes de substances; l'odeur putride est infecte. La malade meurt le septième jour, ayant 41 degrés de température. Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. Le sang ensemencé le sixième jour a donné une culture de streptocoques, à l'état de pureté. Les anaérobies n'ont été cherchées ni dans le sang ni dans l'écoulement vulvaire.

OBSERVATION VI

(Laurens, *Echo médical*, Toulouse 1902.)

Cet homme, 70 ans, bien portant s'est présenté il y a dix jours, à la consultation du docteur Rispal. La verge œdémateuse, d'un rouge diffus, présentait sur sa face dorsale, vers l'extrémité supérieure, une plaque de sphacèle, ayant les dimensions et la forme d'une pièce de cinq francs. L'avant-dernière nuit, raconta-t-il, il avait été éveillé par de vives démangeaisons à l'extrémité de la verge et se gratta. Au réveil, il constata le gonflement de tout le membre, le prépuce œdématié cachait le membre.

Dans la journée, il ressentit un grand froid, et de vives démangeaisons. Le lendemain, à son réveil, il a constaté une tache violacée et est venu à la consultation le 1er décembre.

2 décembre. — Le sphacèle a atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs.

3 décembre. — Le prépuce est perforé au niveau du sillon balano-préputial et le gland fait hernie; la base du gland est légèrement érodée par la suppuration. Depuis son entrée, le malade est soigné par des bains locaux et des pansements d'eau oxygénée.

Dès le troisième jour, le sphacèle est limité, pansement avec la poudre de Lucas-Championnière.

Ce malade n'est ni glycosurique ni albuminurique. Il n'a pas de maladie de la vessie, ni de l'urèthre et n'est pas sujet au point scrotal. Il est artério-scléreux et polyurique depuis plusieurs années sans grosse prostate. Rien à signaler d'anormal du côté des autres organes (cœur, poumons, appareil digestif et système nerveux).

Avec du pus pris au niveau du sillon, bolano-préputial, M. Rispal a fait des cultures aérobies et anaérobies qui sont restées négatives, quoique l'examen sur lamelles fit voir de nombreuses bactéries; il faut sans doute, attribuer ce résultat, à l'action de l'eau oxygénée, employée pour les pansements.

OBSERVATION VII

Traduite du « New-York médical Record », 1900.

Parfaite guérison suivant la gangrène du scrotum et du pénis.

(par Everard Hamilton Richardson. M. P.)

E. H. T., (profession, caissier dans une banque), est né à Georgia, et réside actuellement à Sandford.

Antécédents héréditaires et personnels excellents. Il vint directement me trouver à Sandfort, sortant de l'hôpital de Railwad. Appelé par télégraphe le 8 juin 1900, je trouvai ce malade au dépôt de l'Union à Atlanta, dans un état de collapsus, avec un pouls à 120 pulsations par minute, une température de 103 degrés Farenheit et inondé d'une sueur profuse.

Je lui administrai immédiatement une injection de strychnine par la voie hypodermique, je lui donnai une potion alcoolisée et je le fis envoyer à l'hôpital ambulance Grady, le faisant placer à la salle Saint-Joseph. Là, nous apprîmes par le malade lui-même et par ses amis son histoire clinique.

Le 16 mai 1900, il remarqua sur la peau de la verge, un petit bouton, à une courte distance du pubis qui était lui-même fortement rouge. Peu après, les tissus environnants présentèrent de la sensibilité au toucher et du gonflement. Douze heures après l'apparition de ce bouton, insignifiant au premier abord, l'inflammation s'étendit au pénis qui participa du gonflement général, présenta de la rougeur et fut le siège de démangeaisons et d'une sensation de brûlure. La douleur n'était pas très intense, mais la démangeaison et la cuisson étaient très vives. Quarante-huit heures après l'apparition de la lésion initiale, le pénis devint noir et simultanément le scrotum fut intéressé, pour devenir noir à son tour quelques heures après. Les médecins traitants dénommèrent la maladie gangrène. Le malade fut anesthésié et les parties nécrosées furent enlevées.

L'examen du patient, après son entrée dans mon service, me révéla le fait que les téguments du pénis étaient entièrement détruits. le processus s'étendant jusqu'aux corps caverneux et au corps spongieux. Les cuisses et le ligament suspenseur du pénis étaient intacts; le gland, lui-même, ne fut pas atteint, la ligne d'invasion ne s'étendant pas au-delà de la couronne du gland. Les trois-quarts du scrotum avaient été détruits par ce processus gangréneux, jusqu'à la tunique vaginale. Le cordon spermatique, les testicules et l'épididyme étaient en bon état, mais les testicules étaient entièrement dépourvus d'enveloppe et soutenus seulement par les cordons.

Le pénis et les testicules furent entièrement lavés avec une solution de sublimé au 1/3000 et enveloppés dans de la gaze iodoformée à dix pour cent; on mit ensuite du coton absorbant, et un double spica comme bandage. Le malade était soutenu grâce à l'administration régulière de lait sucré, de jus de viande, d'œufs crus, et de peptones. On lui administra encore de la teinture de chlorure de fer et de strychnine et de la quinine à dose tonique. On fit également des pansements à l'eau oxygénée pure à 25 pour cent ou des pansements à la solution de baume de Pérou dans l'huile. La nutrition du malade était très défectueuse, il était dans un état d'émaciation extrême, il n'avait que la peau sur les os. Son état était tel, qu'on ne pouvait songer à aucune intervention chirurgicale. De jour en jour il n'était guère possible de voir un progrès quelconque, cependant sous l'influence du régime, les forces et l'appétit du patient augmentèrent. Le processus gangréneux s'arrêta, et une ligne de démarcation fut nettement établie. Mais ce ne fut que vingt-six jours après qu'il eut été soumis à mon observation que je crus qu'il pouvait subir sans inconvénients un choc opératoire. Pour des raisons diverses il fut transporté de l'hôpital dans une maison particulière.

Sur ma demande le docteur W. F. Westmoreland fut appelé en consultation. Il ne paraissait guère possible de couvrir le testicule gauche, avec ce qui restait de scrotum. Nous essayâmes cependant, de faire le nécessaire pour conserver les deux testicules. Je regrette qu'une convocation inopinée l'obligeant à quitter la ville, le docteur Westmoreland n'ait pu revoir le sujet après sa première visite, et lorsque le malade se représenta chez lui, il ne put que constater une parfaite restauration de ses éléments virils.

Le 4 juillet, assisté de mon fils, Everard, Dugas Richardson, étudiant en médecine et du docteur M. Buttler, qui procéda à l'anesthésie, je disséquai le scrotum le plus haut possible, en usant des précautions antiseptiques les plus minutieuses. Je refoulai ensuite les testicules le plus haut possible, et tirant sur le scrotum, à l'aide de sutures au crin de Florence, je parvins à recouvrir de peau les deux testicules. Un petit morceau de gaze fut laissé comme drain au milieu de la plaie, et sauf en ce point, la réunion par première intention fut assurée.

Le malade était long à recouvrer ses anciennes forces, mais le 1er septembre, son rétablissement était complet et le 1er octobre, c'était un vrai spécimen de force et de virilité.

Avant de donner mes conclusions au sujet de ce cas, je tiens à établir étant donné ma parfaite connaissance de la vie de famille, des mœurs et des habitudes de ce madale, à exclure tout soupçon d'une tare vénérienne quelconque considérée comme agent causal de cette affection. Le parfait rétablissement du malade et son merveilleux état de santé, font éliminer l'hypothèse d'artério-sclérose, de diabète, de néphrite chronique, comme cause initiale. L'histoire de ce cas ne justifie pas non plus l'idée que cette gangrène pouvait être due à quelque obstruction de la circulation, ni a l'intensité de l'inflammation. Nous pouvons exclure également l'embolie et la thrombose.

Il est reconnu qu'il y a de nombreux cas de gangrène et qu'il y a de nombreux micro-organismes qui peuvent être incriminés dans leur production et il est exact qu'aucun germe spécifique de la gangrène n'a encore été découvert. Cependant, je crois que la découverte en sera faite prochainement par les bactériologistes.

En revoyant l'histoire de ce cas, depuis son début et en faisant une analyse soigneuse des symptômes en suivant l'ordre dans lequel ils ont apparu, je conclus que dans ce cas, la cause initiale fut une éraillure de la peau au point où le petit bouton apparut d'abord. Ce fut là la porte d'entrée du bacille pathogène, le streptocoque de l'érysipèle, probablement. Survint ensuite une infection secondaire due aux cocci de la gangrène et celle-ci ne fut pas là un phénomène terminal de l'érysipèle.

Fahleisen enseigne que, le streptocoque de l'érysipèle présente des

différences d'avec le streptocoque pyogène et qu'il n'y a de suppuration dans l'érysipèle que dans le cas d'infection associée.

Le Docteur Williams H. Welch, a fait paraître récemment un article dans la Massachussets Médical Sociéty dans lequel il nous montre 46 cas de gangrène gazeuse chez lesquels on a trouvé le bacille aérobie encapsulé. Pour moi, c'est un vrai regret que dans le cas actuel on n'ait pas procédé à un examen bactériologique. Je regrette également qu'on n'ait pas pris de photographies faisant voir la destruction locale de l'appareil génito-urinaire et ensuite sa restauration après mon opération.

OBSERVATION VIII

Un cas de gangrène partielle spontanée de la verge d'origine inconnue. — Guérison.

Par M. Acquaviva, interne des Hôpitaux, prosecteur à l'Ecole de Médecine de Marseille. (*Marseille médical*, année 1898).

Le nommé Vazetti Fancesco, âgé de 24 ans, rentre à l'hôpital de la Conception le 25 juin 1896.

Il est d'abord reçu dans le service de médecine, l'interne de garde ayant diagnostiqué une fièvre typhoïde grave. Les symptômes qu'il présentait à ce moment étaient en effet les suivants: céphalée intense, température 39°5, langue suburrale, léger épitaxis, facies enfin d'une personne atteinte de dothienenterie.

Le lendemain, en examinant le malade, dans notre salle, nous sommes frappés de l'hyperthermie qu'il présente; en effet, la température constatée à différentes reprises accuse 40°5. Le malade ne répond que par monosyllabes aux questions que nous lui posons. Il est dans un état quasi-comateux. Un chancre vénérien pouvait-il être cause de cette hyperthermie accompagnée d'une prostration très marquée?

Nous nous refusons à le croire, et examinant le pénis nous nous trouvons en présence d'un sphacèle du gland, du prépuce, sur une

étendue de deux centimètres, en allant d'avant en arrière, la région dorsale est aussi atteinte que la région inférieure.

Des phlyctènes à liquide roussâtre recouvrent toute la région gangrénée, aucun anneau constricteur n'est remarqué. Les ganglions du groupe interne de l'aine sont engorgés des deux côtés. Des traînées de lymphangite se dessinent sur la verge.

L'examen des urines obtenues par le cathétérisme, n'accuse pas de sucre, nous remarquons une légère teinte louche, quand nous les traitons par le sulfate de soude et l'acide acétique. Par le dosage à la liqueur et au tube d'Esbach, disons-le tout de suite, nous trouvons 0,30 centigrammes d'albumine.

Confiant aux bons résultats obtenus par les injections de sérum dans les cas d'intoxication consécutifs aux plaies septiques, nous faisons passer par la veine saphène interne un litre de la liqueur physiologique dans l'organisme de notre malade.

Aussitôt un frisson violent s'empare du patient; la température atteint 41°2. Dans quelques minutes, le nommé Vezetti, ouvre les yeux, nous regarde, commence à parler, à trouver une sensation de bien-être. Nous assistons à une véritable résurrection, car dès ce moment, notre malade nous fait tout au long l'histoire de sa maladie.

Tout dernièrement, il était à la Seyne, où il exerçait le métier de maçon. Il a travaillé jusqu'au lundi à midi. Dans la soirée, il ressent quelques légers frissons s'accompagnant de céphalalgie supportable. Pendant toute la journée du mardi, mêmes symptômes, avec inappétence complète. Le mercredi au matin, il remarque au niveau de la tête du gland un petit « bouton blanc » qu'il écorche. Petit à petit ce bouton prend de l'extension; il envahit tout le gland; le prépuce s'enflamme et de petites vésicules recouvrent la peau de ce dernier.

Le malade nous déclare n'avoir pas eu de rapports depuis une quinzaine de jours. Il n'a constaté aucun écoulement du côté du canal de l'urèthre. Pas de syphilis, pas de blennorrhagie antérieure. Vivant dans des conditions hygiéniques assez défectueuses, cet homme se nourrit mal, couche dans la paille, et se saoûle assez souvent.

Les antécédents héréditaires sont bons. Personnellement, notre ma-

lade nous dit avoir été soigné, il y a deux ans, à la salle Saint-Charles, pour une dothiénentérie de moyenne intensité. L'hiver dernier, il a eu la variole, il est resté pendant vingt jours dans le service du docteur Coste.

Une fois que nous sommes en possession de tous ces renseignements, en procédant par élimination, nous posons le diagnostic de gangrène spontanée de la verge. Cette ulcération qui a évolué en quatre jours, a envahi actuellement tous les plans du tiers antérieur du pénis, l'urèthre seul excepté.

Sans perdre de temps, nous circonscrivons par une rangée de pointes de feu faites au thermocautère les parties sphacélées de la plaie que nous saupoudrons de poudre d'iodoforme.

Un régime tonique, acétate d'ammoniaque à hautes doses et extrait mou de quinquina, complète le traitement chirurgical.

Le lendemain de notre intervention, la température tombe à 37°5 pour ne plus remonter.

De jours en jours le sillon d'élimination se dessine et s'accentue en profondeur. Au bout de 20 jours, il s'est fait une amputation circulaire du pénis qui est tout à fait régulière.

La verge du malade s'est réduite à un moignon de 4 à 5 centimètres. Au deuxième mois, la cicatrisation s'étant achevée, le malade quitte la salle Saint-Roch complètement guéri. La nature s'était montrée excellent chirurgien.

OBSERVATION IX

Un cas de gangrène spontanée de la verge. — Nouvelle manifestation au bout d'un an. — Guérison.

Par M. le Dr Abeille, de Nantes

(*Revue clin. d'Andrologie et de Gynécologie*, Paris, 1898.)

Au mois de septembre 1896, M. B. ancien officier de cavalerie, aujourd'hui dans une administration, âgé de 62 ans, ayant joui jusqu'à ce moment d'une santé parfaite, remarque pendant son séjour à Pornic, une tache noire sur le bas de la verge. Il attribue cette

légère (?) affection à une piqûre de mouche et attend jusqu'au 15 avant de retourner à Nantes et de venir nous consulter.

Le 15, nous faisons, après avoir constaté une tache, ayant la dimension d'une pièce de deux francs, le diagnostic de gangrène spontanée. Cependant malgré le bon état général de notre malade, nous faisons faire l'examen des urines, et cette analyse est négative au point de vue sucre. Entre temps, nous avions dans notre laboratoire acquis la certitude que nous avions bien à traiter une plaque de gangrène.

Le traitement consiste en application de ouate hydrophile avec une solution de sublimé au 1/1000. Pas de fièvre. Rien d'anormal par ailleurs.

Le 20 septembre, l'eschare tombe et laisse une plaie de bonne nature qui bourgeonne bien. Pansement à l'iodoforme recouvert de gaze iodoformée à la glycérine. Le malade urine bien, normalement.

Fin septembre. La réparation est presque terminée. Nous conseillons jusqu'à la guérison le même traitement.

Nous supposions que tout était fini, lorsqu'en novembre, M. B., vint nous montrer dans la rainure balano-préputiale, une induration en couronne qui bientôt donna une légère suppuration.

L'année 1896 se termine par une succession de poussées aiguës et de calme apparent qui laissent le malade dans un bon état général signalé et qui lui permet de continuer son service.

Je ne revois mon client qu'en septembre et en piteux état. Il nous raconte que depuis notre dernière entrevue, il avait un certain nombre de poussées qu'il avait soignées comme nous lui avions prescrit la première fois. Etant à la campagne, le 6 septembre 1897, il a été préoccupé par une sensation de pesanteur, de lourdeur de la région périnéale. Il a bientôt constaté de l'œdème et de la rougeur et enfin, une ulcération pareille à celle que nous avons constatée un an auparavant s'est déclarée.

Nous voyns M. B. le 14 septembre. Toute la région périnéale est prise. Rien dans les urines. Examen microscopique. Gangrène humide.

Le 15, nous prions le docteur Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine de venir nous assister. Ce confrère confirme notre diagnos-

tic et une large et profonde boutonnière est pratiquée. Pas de suites graves opératoires. L'eschare se détache normalement au bout de 3 jours, la plaie était nette au bout de la semaine, mais il s'était formé une fissure urinaire. Une sonde à demeure est prescrite, mais le malade très énervé, ne peut pas la conserver plus de quelques heures. La fin du mois est mauvaise. Le canal laisse difficilement passer la sonde, le malade a de la fièvre, peu de sommeil, un dégoût presque complet des aliments. Tous les symptômes enfin d'une infection urinaire.

Avec mon confrère Malherbe, nous arrivons à vaincre ces manifestations graves, la plaie se referme, mais il persistait encore en décembre, une fistule qui arrive enfin à disparaître.

L'état général actuel est bon; le malade fait régulièrement son service, mais le canal ne laisse passer qu'une bougie numéro 14 de la filière Charrière. Il est dur et on a la sensation d'une véritable corde dans la région périnéale. Le malade mange bien, dort convenablement, ne souffre nullement. Nous le croirions entièrement guéri, si en pressant d'arrière en avant, nous n'avions pas fait sourdre une légère goutte de pus, ce qui nous force à faire des réserves sur l'état de sa glande prostate.

OBSERVATION X

Lymphangite gangréneuse du fourreau de la verge

(Pousson, *Journ. de Méd.*, Bordeaux. 1895.)

M. X..., âgé de 43 ans, exerce une profession très active. Rien à noter dans ses antécédents de famille. Son père et sa mère qui vivent encore se portent bien; le premier a soixante-dix ans, la seconde soixante-cinq ans. Lui-même a toujours joui d'une très bonne santé il ne se rappelle pas avoir fait de maladie grave. Il a eu quelques blennorrhagies, mais toutes ont été de courte durée et sans aucune complication. Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis et de

fait, par les questions que je lui adresse et par l'examen auquel je le soumets, je ne peux surprendre sur lui aucune trace de cette affection. Pas d'albuminurie, pas de glycosurie; pas de maladies du système nerveux; l'examen de l'axe médullaire en particulier, révèle son intégrité absolue. Quelques habitudes alcooliques; voilà tout ce qui peut être révélé au passé de M. X..., qui m'est adressé le 27 décembre 1894, par un honorable confrère d'une ville voisine pour une vaste ulcération ayant détruit toute la peau de la verge et entamé celle du scrotum et du pénis.

Début et évolution de la maladie. Le 13 août, au dire de M. X..., se serait développée sans cause connue, une érosion, une légère plaie superficielle sur la face externe du prépuce, bientôt suivie de deux autres petites ulcérations sur la face interne et près de la couronne du gland. Un médecin consulté, ordonna successivement des applications de liqueur de Van Swieten, de vin aromatique, d'iodoforme de calomel, de salol. Les lésions semblaient marcher vers la guérison, lorsque le médecin conseilla de faire le pansement avec une pommade à la résorcine qui fut renouvelée trois jours durant. Le malade qui attribue l'origine de son mal à l'emploi de cette pommade, raconte avec insistance qu'aussitôt qu'il l'eût appliquée « il sentit qu'elle pénétrait dans sa peau » en même temps il eut quelques malaises, quelques phénomènes généraux, peut-être de la fièvre.

Quoi qu'il en soit, le cinquième jour après ce pansement, le médecin constata une gangrène du prépuce et de la plus grande partie du fourreau de la verge qui était épaissie et ramollie. Les jours suivants, les plaques gangréneuses sur lesquelles le malade ne peut nous donner aucun renseignement, gagnèrent la racine de la verge et empiétèrent au-dessus d'elle du côté du pubis et au-dessous du côté du scrotum.

Après un temps assez long, au dire de M. X..., les parties mortifiées commencèrent à s'éliminer, le prépuce se détacha d'abord, puis la peau du pénis, et enfin celle du pubis et de la partie antérieure du scrotum. L'élimination se fit par larges lambeaux, qu'il fallut pour la plupart détacher des parties profondes et cela au prix de très vives douleurs accrues par l'irritabilité excessive du malade.

Lorsque toutes ces parties mortes furent séparées du vif, les corps

caverneux, les corps spongieux, offrirent l'aspect d'une véritable préparation anatomique, dans laquelle les téguments de la verge auraient été disséqués soigneusement. Le sphacèle cutané s'étendant à la face antérieure du scrotum et du pubis, ces régions apparurent également dépouillées dans une grande étendue.

Les parties dénudées furent saupoudrées d'iodoforme et enveloppées de gaze trempée dans de la liqueur de Van Swieten. Sous l'influence de ce pansement elles suppurèrent peu, mais bourgeonnèrent aussi très faiblement; de sorte que le 16 octobre, près de deux mois après le début des accidents, un second médecin constata l'existence d'une surface atone, sans trace de bourgeons charnus. La sensibilité y était excessive. L'iodoforme fut supprimé et remplacé par une pommade boriquée et laudanisée. Peu de jours après, ce bourgeonnement commença à se faire avec une assez grande rapidité et des plaques cicatricielles apparurent par places, puis tout resta stationnaire, malgré ou peut-être à cause de la substitution de la poudre d'iodoforme et de la gaze iodoformée à la pommade boriquée.

Etat des parties lorsque le malade est soumis à mon examen. — M. X..., m'est adressé le 27 décembre, il présente l'état suivant:

La verge rétractée semble rentrée en elle-même à la façon d'une lorgnette et fait une saillie qui ne dépasse pas quatre centimètres. Elle est complètement dépouillée de ses téguments, mais par places il existe des parties cicatricielles. Pour décrire plus fidèlement l'état des parties, j'envisagerai successivement les diverses régions du pénis.

Gland: il est intact, mais un peu œdémateux et sa muqueuse depuis longtemps à découvert et en contact avec les divers pansements employés est indurée et recouverte de petites plaques écailleuses grisâtres, qui en se détachant laissent au-dessous d'elles les parties saines.

Dos de la verge: il est presque complètement recouvert par le tissu cicatriciel, assez souple et ne paraissant pas devoir être très rétractile.

Face inférieure: ici la cicatrisation fait complètement défaut; le corps spongieux très saillant se détache des corps caverneux et on voit comme sur une dissection, la disposition réciproque de ces trois

cylindres constitutifs de la verge. La surface de ces trois organes est recouverte de bourgeons charnus rosés, de bon aloi, saignant peu. A la partie antérieure des deux corps caverneux, aux points où ils se joignent au gland; il existe un sillon assez profond recouvert d'un enduit grisâtre et d'un liquide purulent assez abondant.

Faces latérales: la cicatrisation y est à peu près complète, comme elle l'est sur le dos de la verge; les lésions que la gangrène a déterminé du côté du scrotum et du pubis sont beaucoup moins avancées dans leur réparation que celles de la verge. Presque toute la partie antérieure du scrotum est dénudée et couverte de bourgeons peu vivaces et grisâtres. Les liquides qui en découlent s'accumulent dans un clapier résultant du décollement des téguments à la partie inférieure Du côté du pubis, la plaie qui s'étendait environ à trois ou quatre centimètres autour de la racine de la verge, est en voie de cicatrisation; mais il existe entre le pubis et la naissance de la verge, une cavité assez profonde, comme si l'on avait cherché à disséquer le pénis au-dessous de la symphyse pubienne. Cette cavité suppure abondamment.

Les testicules, les épididymes, les cordons, sont sains. Pas d'adénopathie inguinale.

Le malade éprouve des douleurs spontanées très violentes tout le long de la verge et même dans les parties voisines. Le moindre contact les exagère et c'est à peine si M. X..., permet qu'on l'examine. Depuis plusieurs semaines il est obligé de recourir à des injections hypodermiques de morphine pour pouvoir dormir. Les mictions ne sont pas douloureuses et se font normalement par le méat; car, ainsi qu'on pourrait le croire à première vue, l'urèthre n'a pas été ouvert par le processus gangréneux et il a conservé comme le corps spongieux, lui-même, toute son intégrité. Les érections qui sont rares sont accompagnées de très grandes souffrances.

Tel était l'état de M. X..., lorsqu'il vint se soumettre à mon examen. A ces divers signes, je reconnus la lymphangite gangréneuse des téguments de la verge; je fis supprimer les pansements à l'iodoforme et je les remplaçai par une pommade à l'aristol, en même temps que je prescrivis quelques toniques, le malade étant très anémié.

Quant au pronostic, j'augurai assez bien de cette lésion en voie de réparation et j'annonçai au malade que très vraisemblablement il pourrait reprendre son service dans un délai de deux mois.

Etat des parties après la guérison. — Les choses ont marché comme je l'avais prévu et une lettre que le médecin de M. X..., a bien voulu m'adresser, il y a quatre jours, m'apprend qu'aujourd'hui la cicatrisation est complète, sauf un tout petit point de la région pré-pubienne et que le malade a repris son service depuis quinze jours. Le tissu de cicatrice a des caractères qui tiennent à la fois de la muqueuse et de la peau; il est souple et mobile sous les parties sous-jacentes. Comme au moment où M. X..., est venu se soumettre à mon examen, la verge est rétractée, raccourcie, semblant se cacher sous le pubis. Un point préoccupe beaucoup le malade, c'est de savoir comment se fera l'érection et si elle lui permettra d'accomplir le coït.

OBSERVATION XI

(Houël, *Montpellier Medical*, 1392)

S..., 48 ans, cultivateur, entre le 24 avril 1888. Ce malade veuf et père de deux enfants, s'est remarié avec une femme qui au bout de huit mois, l'abandonne pour aller mener une vie de libertinage.

En février 1880, S..., re rend à Paris pour voir sa femme et cohabite avec elle. Dans la suite apparaît sur le gland un chancre qui aurait été cautérisé, mais c'est seulement une semaine avant son entrée à l'hôpital que débute la maladie.

A son entrée, on se trouve en présence d'une gangrène de la verge remontant jusqu'à la racine; le gland est dur comme du bois et insensible. Le fourreau de la verge est gangréné; on l'enlève avec des ciseaux et l'on voit que la partie sous-jacente est en train de se prendre. Le scrotum aussi est atteint, ainsi que la partie avoisinante des cuisses. Toutes les parties atteintes dégagent une odeur infecte.

Pas de fièvre, mais le malade est affaissé.

Traitement : Bains, applications d'eau phéniquée et de camphre.

26 avril, fièvre légère. Le malade a un facies cachectique assez prononcé; le pouls est fréquent et petit; la gangrène gagne en profondeur, sans envahir de nouvelles parties.

27, avril on administre une potion avec 1 gramme d'acide phénique.

Dans la soirée du 28, le malade est pris de convulsions avec mouvements hystériques de flexion des membres supérieurs; ces mouvements se généralisent bientôt; un assoupissement profond leur fait suite. Pendant les jours qui suivent, la faiblesse du malade augmente avec les progrès que fait la gangrène. L'examen des urines ne décèle ni sucre ni albumine.

1er mai On enlève la portion spongieuse de l'urèthre qui est complètement gangrénée. Le lendemain, on enlève avec des ciseaux une partie des bourses. La gangrène a mis à nu les adducteurs, principalement ceux de droite. Pulvérisations phéniquées.

L'état général s'améliore les jours suivants; le pouls redevient plus fort et plus fréquent. On administre une potion alcoolique et on place une sonde à demeure.

15 mai. L'état général est bon. La cicatrisation se fait rapidement. La sonde à demeure est maintenue. Le malade se lève et commence à retrouver l'appétit.

20 mai. Miction possible sans le secours de la sonde, quand le malade est debout. On cautérise la plaie de la cuisse et du scrotum avec le crayon de nitrate d'argent; pansement à l'iodoforme.

Peu de temps après, le malade quitte le service complètement guéri.

OBSERVATION XII

(Kellner, *Archiv. fur Klin. chir.*, Berlin, 1891.)

X..., facteur de campagne, âgé de 28 ans, originaire de Budenkof en Hesse.

Il a subi de nombreuses atteintes d'influenza dans le courant du

mois de décembre 1889. Après un répit de plusieurs semaines, pendant lesquelles il jouit d'une excellente santé, il tombe de nouveau malade.

Le 15 janvier 1890, après avoir fait une heure de son service, il fut en proie à une forte fièvre et à de vives douleurs ayant pour siège un gonflement inflammatoire des plis inguinaux. La région droite a été la plus rapidement atteinte et elle présente une inflammation et une infiltration telles, que le malade ne peut plus étendre la jambe droite. A cette inflammation s'ajoute un gonflement œdémateux à marche rapide de toute l'enveloppe testiculaire accompagnée de rougeur et qui devient excessivement douloureux.

Tandis que la douleur inguinale tendait à diminuer le lendemain 17 février, une bande de couleur bleue noirâtre mal délimitée apparut sur le raphé médian du scrotum et ce phénomène s'accompagna d'un état général très grave : fièvre, prostation, délire, amaigrissement rapide.

Le docteur Auch, de Budenkoff, le trouva dans cet état, et pratiqua immédiatement une résection du scrotum avec applications de compresses d'eau blanche. On ne put découvrir aucune cause plus ou moins rapprochée de cette affection. Le malade, depuis son influenza était dans un parfait état de santé. Rien du côté de la vessie, et des organes génitaux, cœur et vaisseaux en bon état.

On ne peut savoir s'il y a eu une petite plaie qui ait servi de porte d'entrée à l'infection. Celui-ci ne peut déclarer seulement que le mal avait débuté par des douleurs soudaines dans les deux régions inguinales, intéressant plus fortement le côté droit.

19 février 1890. Le scrotum est fortement enflé, à tel point qu'il est largement étalé sur les deux cuisses. Au milieu du scrotum, depuis la racine du pénis jusqu'au périnée, on remarque une bande de peau sphalcélée d'une largeur de 5 centimètres environ, s'étendant également de part et d'autre du raphé médian, se délimitant nettement des régions avoisinantes qui elles sont fortement enflammées et colorées en rouge vif.

Tandis que la région inguinale gauche ne présente actuellement rien de particulier la droite est fortement gonflée jusqu'au dessous du ligament de Poupart, douloureuse et d'une coloration rouge dif-

fuse. Les symptômes généraux sont en régression depuis l'apparition du sillon de délimitation et depuis que du 20 au 26, les phénomènes de nécrose des tissus ont disparu, que la fièvre a baissé et que l'état général s'est amélioré; le malade est présenté à la clinique chirurgicale du professeur Braun de Marbourg qui m'a donné communication de ce cas.

Etat à l'arrivée du malade le 27 février:

Misère physiologique visible; état de nutrition moyen. L'examen des appareils respiratoires, circulatoires et digestif ne présente rien de particulier. La partie moyenne du scrotum, depuis la racine du pénis jusqu'au périnée manque entièrement. La partie qui reste est fortement rétractée; elle ne couvre plus les parties latérales des testicules que comme deux lambeaux en forme de langue, dont la ligne de démarcation inférieure, irrégulièrement convexe descend de la racine du pénis à la partie la plus externe du testicule en suivant une ligne obliquement descendante qui se relève ensuite insensiblement vers le périnée. La distance directe de la partie la plus basse de chaque lambeau à la ligne scroto-fémorale est de chaque côté de trois centimètres à trois centimètres et demi.

La destruction et la rétraction de la peau du scrotum ayant augmenté les testicules sont complètement à découvert. La tunique vaginale persiste, mais elle est recouverte de granulations. Le testicule gauche fortement gonflé montre à sa surface interne, un peu au-dessous de la ligne médiane, un amas lardacé de 1 cm. de long sur 1 cm. 1/2 de large. Cet amas est situé un peu au-dessous du niveau de la surface; autour de lui, les deux feuillets de la capsule paraissent soudés circulairement et cet amas fait l'impression de recouvrir une fistule conduisant à la profondeur de la substance testiculaire, fistule qui se serait produite à la partie moyenne, qui se serait refermée ensuite, de sorte qu'avec la sonde on ne peut démontrer l'existence ni d'un trajet fistuleux, ni d'une cavité d'abcès. Le septum scrotal n'existe que partiellement et tend à gagner l'endroit le plus élevé où la peau a été atteinte et présente une longueur maxima de 4 cent.; sur la face interne des testicules, on aperçoit des granulations prismatiques qui ne l'atteignent pas. De la partie inférieure du scrotum se détache encore un petit lambeau.

Dans le pli inguinal droit, un peu en dedans de la partie moyenne, se trouve une grosseur de volume d'une noix, à fluctuation peu nette, et recouverte d'une peau œdémateuse et rouge. Il s'agit vraisemblablement d'un ganglion lymphatique suppuré. Sur le dos du pénis, à 2 cm. 1/2 en arrière, de la couronne du gland, existe un ganglion sous-cutané de la grosseur d'un pois. L'état général reste satisfaisant, la température est normale. Enveloppement dans un emplâtre d'argile et d'acide acétique.

28 février 1890. Le bubon lymphangitique inguinal droit est incisé, il en sort un pus épais mélangé de fragments de tissus qui avec la coloration du Gram, donnent soit à l'examen direct sur lame, soit à l'examen des milieux ensemencés, du staphylococcus pyogenes aureus en abondance.

4 mars 1890. A la partie externe du testicule gauche, la palpation est devenue sensible au point symétriquement opposé à celui où nous avons constaté la lame lardacée sur sa surface interne. Il se forme là un orifice fistuleux de la portion céphalique de l'épididyme, d'où par pression on peut faire sortir un peu de pus. Dans ce pus on ne trouve ni micro-organismes ni spermatozoïdes. Pour refouler le testicule en haut et faire descendre la peau, on assujettit le plus solidement possible, des bandelettes de diachylon, qui s'entrecoisant à leur partie médiane, vont rejoindre le plus solidement possible le lambeau du côté opposé attiré également en bas. Ce moyen d'union à la forme de ces corbeilles que l'on voit dans les foires annuelles, remplit très bien son but. En plus de l'état général qui est excellent, l'état de nutrition du malade s'est manifestement amélioré.

Le 7 mars 1890, le testicule gauche a bien diminué de volume et s'est retiré en haut; la petite fistule du même testicule est guérie, la masse lardacée a disparu et on voit à sa place des bourgeons de bonne nature.

Le 12 mars 1890, le testicule gauche n'est que légèrement plus gros que le droit et n'est plus sensible à la pression. On continue les enveloppements à l'emplâtre de terre glaise et d'acide acétique.

Le 16 mars 1890, le lambeau gauche scrotal commence à s'accoler avec la vaginale du testicule gauche, de même, du côté du septum, elle s'accorde avec le lambeau cunéiforme auquel est réduit celui-

ci. Par contre, le lambeau droit de la peau est encore entièrement mobile.

Le 17 mars, incision du ganglion lymphatique enflammé, qui a été déjà signalé, sur le dos du pénis. Dans le pus qui en sort en très petite quantité, on peut cependant découvrir le straphylococcus pyogenes auréus.

27 mars. Le lambeau droit s'est aussi collé au testicule droit et le recouvre maintenant jusqu'à son pôle inférieur. Le testicule gauche est encore libre dans sa plus grande étendue, sa surface antérieure est entièrement couverte, sa partie postérieure l'est aussi dans son quart inférieur. Les bords libres des lambeaux se sont enroulés et bourgeonnent malgré cela, la guérison fait les progrès les plus rapides surtout en ce qui concerne les ulcérations qui se recouvrent de bourgeons de bonne nature.

4 avril 1890. Le territoire des granulations a fortement diminué. Dans la partie droite d'une ulcération, se trouve un amas granuleux de 1 cm. de diamètre, de la grosseur d'une balle, mais qui à la palpation peut être reconnu comme un semblant de granulation (fongus bénin du testicule). Le testicule droit est maintenant fortement remonté et nettement perçu par le doigt au-dessus du territoire de ces granulations; sa sensibilité caractéristique à la pression, sert de plus à le faire reconnaître. Le testicule gauche se trouve encore à découvert sur une étendue de 2 cm. 1/2 à 3 centimètres.

22 avril 1890. Le bourrelet de granulations signalé sur le testicule s'est aussi entièrement recouvert de peau à sa partie inférieure. Il n'existe actuellement qu'une couronne granuleuse entre les deux lambeaux de peau fortement boursouflés et qui sont juxtaposés en grande partie.

Le 8 mai. Le malade sort guéri. Revu le 28 septembre 1890, ce malade présenta à l'examen, un état normal de ses parties antérieurement atteintes et il n'y avait pas d'atrophie partielle de son testicule gauche.

OBSERVATION XIII

(Dr Verchère, *France médicale*, 1887.)

J'étais appelé, le 11 janvier 1886, par M. Du Mesnil, de Vincennes, auprès d'un élève de l'Ecole d'Alfort. C'était un jeune homme de 18 ans, blond, pâle, que M. Du Mesnil avait vu la première fois le 6 janvier. Quelques jours auparavant, dix jours à peu près, le malade avait vu une femme, c'était ses débuts dans ce genre d'exercice. Les rapports avaient lieu en plein air, sur les bords de la Marne, par un froid intense, au milieu de la neige. Pendant les jours qui suivirent, aucun accident. Le jeune homme découvrait facilement son gland. Le 3 janvier, il s'aperçut d'un écoulement entre le gland et le prépuce, accompagné d'une rougeur vive; à ce moment apparaît une petite tache grisâtre à la surface moyenne du prépuce. Il se contenta de faire quelques lavages à l'eau fraîche; la petite tache augmentait et rongeait. Dès le lendemain, le gland ne pouvait plus être découvert.

Le 6 au matin, M. Du Mesnil, voit le malade, et diagnostique une balano-posthite sans avoir pu relever le prépuce. Le petit malade est abattu, fatigué, répond mal aux questions, au point que M. Du Mesnil, nous dit que dès ce moment, il ressemblait à un typhique au début. Pas de fièvre le matin, 38° le soir. Dans la nuit, uréthrorrhagie abondante. Caillot moulé au niveau du méat.

Le soir même, 6 janvier, apparition d'une tache noire sur la peau du prépuce, qui, le lendemain présentait les dimensions d'une pièce de deux francs. Le 10 janvier, élimination du prépuce en totalité.

Je vois le malade le 11 au soir. Depuis le matin, le gland est rongé. Une plaque de sphacèle de la grandeur d'une pièce de un franc existe au niveau du sillon glando-préputial, à gauche et semble repousser le gland à droite en couronnant le corps caverneux du côté gauche, qui fait saillie sous forme d'un manchon arrondi, régulier. Toute la surface sphacélée est grisâtre, pultacée. Le prépuce est complètement tombé et une collerette bourgeonnante indique son an-

cienne insertion. Au niveau du frein, existe une longue languette encore saine, qui dépasse le gland de 3 centimètres environ.

En aucun point, on ne trouve d'induration. Le fourreau de la verge est souple. Le gland très conique est irrégulier, décollé au niveau de la couronne et ne présente pas d'ulcération. Etablissement de la pulvérisation phéniquée dès le soir même et lotions de chloral.

L'état général est mauvais. Grand abattement, malaise, faiblesse. Langue blanche, pouls rapide, grand découragement. Toniques, alimentation.

Dans les précédents du malade on ne trouve pas d'impaludisme, dans les urines ni sucre ni albumine.

Dès le lendemain les ulcérations étaient détergées, la gangrène se limitait et huit jours après la cicatrisation était presque terminée. Les eschares inoculées n'ont donné aucun résultat.

OBSERVATION XIV

(F. Verchère, *France médicale*, 1887.)

Le nommé J..., (Eugène), caissier, âgé de 18 ans, entre à l'Hôpital de la Pitié, le 28 mai 1885, salle Michon, numéro 18. Service de M. le professeur Verneuil.

D'une bonne santé habituelle, il eut des rapports rapides et légèrement douloureux avec une femme restée inconnue du reste, le 25 avril. Trois semaines après apparaissait au niveau du prépuce qui d'ordinaire se laissait facilement repousser en arrière du gland, une tache rouge vif; le prépuce gonflé, œdématié, ne permettait plus d'apercevoir le gland. Néanmoins, en écartant fortement, on pouvait apercevoir des ulcérations à sa face profonde.

Cette rougeur inflammatoire, très légèrement douloureuse, devint bientôt le siège de douleurs très vives et occupa tout le prépuce.

Les ganglions de l'aine augmentèrent de volume et à la pression étaient sensibles.

Lorsque le malade se présenta à l'hôpital, un nouveau phénomène était survenu. Vers la pointe du prépuce, s'était montrée une plaque noire, qui s'était étendue progressivement et en douze heures avait envahi tout le prolongement cutané. A l'entrée du malade, le prépuce tout entier, sauf au niveau du frein, dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes, est transformé en une eschare noire, insensible. Dès le 1er juin, on fait des pulvérisations de chloral et on applique des compresses trempées dans la même solution à 2 0/0.

Le 29, quarante-huit heures après le début, apparaissait le matin un sillon d'élimination et le soir, tout le prépuce était tombé, sauf dans la région du frein, où il restait un petit tablier rectangulaire large de 1 centimètre à peu près. On continue les pansements au chloral, et, dix jours après, la cicatrisation était parfaite. Le malade sortit circoncis spontanément.

OBSERVATION XV

Affection gangréneuse aiguë ou anthracoïde du gland.

Par M. Francis Villar (*France médicale*, 24 mai 1887, page 729.)

X..., Jean, 69 ans, chauffeur, vient à la consultation de l'Hôpital Necker, pour une ulcération du gland. Rien à noter dans les antécédents de ce malade, si ce n'est que sa mère est morte de la poitrine à l'âge de 52 ans.

Son père est mort de vieillesse; il a deux frères bien portants. Pas de syphilis.

Au mois d'octobre 1886, le malade a des rapports prolongés avec une femme. Huit jours après il ressent des douleurs violentes au niveau du prépuce qui est œdématié. Entre le prépuce et le gland, qui est un peu fendillé, le malade voit sortir du pus en assez grande quantité.

Pendant deux ou trois jours le malade éprouve du malaise et de la céphalalgie; il a eu aussi de la fièvre.

On lui prescrit des bains et des lotions avec l'eau blanche.

Il entre à l'hôpital huit jours après le début des premiers accidents et l'on constate ce qui suit: sur la partie latérale droite du gland, existe une immense plaque gangréneuse étendue de la couronne au méat et recouverte, cela va sans dire, d'une pellicule noirâtre. On enlève cette pellicule avec des pinces et l'on tombe sur une vaste ulcération remplie par une substance jaunâtre. Après avoir enlevé ces détritus, on se rend compte de la profondeur de l'ulcération et on en voit nettement les bords qui sont déchiquetés.

Tuméfaction énorme du prépuce. L'exploration des régions inguinales fait connaître la présence de ganglions assez volumineux, indolents du côté droit, un peu douloureux à gauche. Ces ganglions sont durs et roulent assez bien sous les doigts; il ne s'agit donc pas là d'une adénopathie aiguë. L'inoculation du pus provenant de l'ulcération est restée négative; ce signe n'a pas, il est vrai, de valeur réelle dans le cas particulier, car lorsque la gangrène s'établit dans une ulcération chancereuse, elle y éteint toute spécificité virulente.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le malade est un peu affaibli et présente un léger état fébrile.

Traitement: repos et compresses d'eau blanche, après avoir détergé l'ulcération.

La cicatrisation, d'abord lente, a marché rapidement au bout de quelques jours; le malade quitte l'hôpital le 17 novembre, trente-trois jours après le début des accidents; il n'était pas encore complètement guéri.

Réflexions. — Nous avons affaire incontestablement à une affection gangréneuse du gland, identique à celle décrite par Mauriac, en 1878 (Mémoire sur les ulcérations non virulentes des organes génitaux) sous le nom d'affection gangréneuse ou anthracoïde du gland.

Ne vaudrait-il pas mieux, la désigner sous le nom d'affection gangréneuse aiguë, de lymphangite gangréneuse, de gangrène foudroyante du gland?

Quoi qu'il en soit de ces diverses démonstrations, on admet aujourd'hui que les ulcérations des organes génitaux ne sont pas toutes syphilitiques ou chancreuses simples, et qu'à côté de ces ulcérations, les plus fréquentes d'ailleurs, il existe des ulcérations non

virulentes, qui présentent des caractères spéciaux et que nous résumons rapidement :

1° Causes : par inoculation du principe virulent. On peut invoquer une cause mécanique et traumatique chez un individu prédisposé

2° Début : entre quatre ou huit jours après le coït;

3° Symptômes : œdème considérable du prépuce. Apparition rapide d'une vaste ulcération gangréneuse.

Douleurs quelquefois très vives.

Phénomènes généraux durant de deux à trois jours. Inoculation négative, ganglions inguinaux intacts.

Cicatrisation entre trois semaines et un mois.

TABLEAUX SYNOPTIQUES

Nous avons rassemblé sous cette forme, ainsi que nous l'avions déjà dit, toutes les observations de gangrène que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale, en y ajoutant nos observations personnelles. Nous ne voulons pas affirmer que tous les cas soient absolument typiques, et certains peuvent laisser des doutes dans l'esprit au sujet de leur nature réelle, surtout étant donné que leurs auteurs passent sous silence certains signes négatifs importants tels que l'absence d'une syphilis antérieure. Cependant nous les citons sur la foi de leurs auteurs, qui les ayant donnés comme tels, l'ont fait en pouvant juger mieux que nous de faits qui étaient soumis directement à leur observation.

Source de l'observation	Age, profession, Date du début	Antécédents et causes prédisposantes	Cause déterminante possible	Date du dernier coït	Mode de début et point de départ	Etendue définitive des lésions	Examen histo-bactériologique	Complications	Durée	Terminaison	Remarques
Mauriac Gazette des Hôpitaux 1877	42 ans menuisier 16 mars 1875	—	—	2 jours	Petite rougeur sur le côté gauche du gland.	Tiers du volume du gland.	—	—	30 jours	Guérison	—
Mauriac Gazette des Hôpitaux 1877	34 ans terrassier 27 juin 1876	—	—	10 jours	Un peu de rougeur dans le sillon balano-préputial à gauche.	Un quart du gland.	Inoculation négative	—	20 jours	Guérison	—
Lapanne Annales Soc. Méd. de Neufchâtel, 1876.	42 ans	—	Frottement de la verge contre un pantalon neuf pendant une journée de chasse. Coït la nuit suivante.	1 jour	Gonflement du prépuce et de la verge avec coloration rosée.	Perte du fourreau de la verge et de la presque totalité du scrotum.	—	Vaste érysipèle phlegmoneux, occupant, du côté droit, la région inguinale, la fosse iliaque, et la région fessière en partie. Broncho-pneumonie.	—	Guérison	L'observation ne porte pas d'indication sûr la durée de la maladie, ni sur la nature de la guérison.
Extrait d'une leçon clinique du professeur Gosselin, 1879.	42 ans ingénieur juillet 1879	Alcoolique	—	—	Prépuce et fourreau du gland.	Prépuce fourreau et gland en partie. Escharre au scrotum.	—	Purpura. Escharre au sacrum.	—	—	—
Thèse Taurin Communiquée par le Dr Brocq.	25 ans soldat de 2e classe 3 juin 1877	Masturbation?	—	—	Gonflement du prépuce.	Perte du prépuce et d'une partie du fourreau.	—	—	10 jours	Guérison	—
Thèse Taurin Hôpital Saint-Louis.	24 ans terrassier 24 juillet 1881	Strume	A marché, dansé, pendant la journée du 14 juillet, malgré la présence d'une traînée blanche, lymphangitique.	5 semaines	Gland rouge et tuméfié.	Les 3/4 du fourreau de la verge.	—	Légère adénopathie inguinale.	12 jours	Guérison avec perte du prépuce et d'une partie du gland.	—
Thèse Taurin Hôpital Saint-Louis.	24 ans tailleur 6 juillet 1880	Rhumatisant	Violent traumatisme 2 semaines avant, n'ayant pas laissé de traces.	4 mois	Prépuce et gland.	Gland et tout le fourreau de la verge.	—	Purpura sur tout le corps. Escharre au sacrum	2 mois	Guérison avec reconstitution du gland.	—
Service prof. Fournier, Thèse Lallemant, 1880.	24 ans tailleur de pierres	Rhumatisant Traumatisme violent, il y a 9 semaines, depuis mauvais état général.	Petite ulcération du sillon balano-préputial.	—	Rougeur envahissant le scrotum et la région pubienne.	Sphacèle du gland, du fourreau et d'une partie du scrotum.	—	Purpuration du voile du palais.	3 mois et demi	Guérison	—
Thèse Taurin Hôpital Saint-Louis.	25 ans ouvrier en parapluies 22 juin 1882	—	Coït avec une malade porteuse d'une ulcération analogue.	4 jours	Excoriation d'une largeur d'une pièce de 0,50 dans la rainure du gland.	Partie supérieure du prépuce sur une étendue de 2 × 4 cm.	—	—	—	—	—
Thèse Taurin Communication du Dr Marcel Cellier.	16 ans et demi employé de commerce 12 août 1882	—	Balanite	4 jours	Prépuce et face dorsale de la verge. Traînée de lymphagite.	Prépuce et gland en partie.	—	—	14 jours	Guérison	—
Philadelphie Medical Times, 1872.	66 ans fermier 13 avril 1872	—	—	—	Petite élevure rougeâtre sur le côté gauche du filet.	Sphacèle du pénis et du scrotum.	—	Phlegmon de la paroi abdominale.	7 jours	Mort	—
Dr. Crussard Neufchâteau. Soc. Méd. Nancy 1892.	terrassier 38 ans 16 juillet 1883	Travail fatigant la veille.	—	—	Rougeur diffuse sur le scrotum.	La gangrène gagne le t. cellulaire du scrotum, le cordon et le testicule.	—	—	4 jours	Mort	C'est la seule observation où nous trouvions signalée la gangrène du testicule.

CONCLUSIONS

1° La gangrène des organes génitaux externes de l'homme connue sous le nom de gangrène foudroyante spontanée est, dans la plupart des cas, une lymphangite gangréneuse.

2° La diversité des éléments trouvés dans les différents examens bactériologiques des tissus atteints, de leurs produits de sécrétion, du sang des malades, démontre qu'il n'y a pas de microbe réellement spécifique de cette affection et qu'il s'agit d'une infection banale avec localisation génitale.

3° L'agent infectieux peut fort bien provenir du smegma à la faveur de causes qui, altérant l'intégrité de la muqueuse balano-préputiale ou la vitalité de ses éléments anatomiques, paralysent l'action défensive de cette muqueuse.

Vu, bon à imprimer:
Le Président de la thèse,
F. VILLAR.

Vu :
Le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 janvier 1908.
Le Recteur de l'Académie :
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

1831. Boyer. — Traité de Chirurgie.
1841. Richet. — *Archives générales de médecine.*
— Moulinié. — Maladie des organes génito-urinaires.
1853. Rostan. — *Gazette des Hôpitaux.* Gangrène et variole.
1861. Bourgeois. — *Union médicale.* Gangrène et fièvre typhoïde.
— Gigon. — *Union médicale.* Gangrène et fièvre typhoïde.
1863. Marchal et Calvi. — Recherches sur les accidents diabétiques.
1869. Masserel. — *Archiv. f. Klin. med.* Paludisme et Gangrène.
1870. Berard. — *Archives générales de médecine.*
1874. Jaumes. — Observation de gangrène du prépuce et de la verge. *Montpellier méd.*, 1874, p. 315.
1878. Demarquay. — Maladies chirurgicales du pénis.
1879. Gosselin. — Erysipèle et gangrène foudroyante. *Gazette des hôpitaux.*
1880. Darget. — Thèse, Paris. Gangrène totale du pénis.
— Jalaguier. Thèse, Paris.
— Rondot. — Thèse d'agrégation.
1881. Boyer. — Thèse Paris.
— Spillmann. — *Archives générales de médecine*, février 1881. Gangrène génitale chez les typhiques.
— Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique.
1882. Mathieu. — *Semaine médicale.* Gangrène et balano-posthite.

1885. Frerich's. — *Zeits f. Klin. med.*, Breslau, 1885. Gangrène paludique due à des embolies pigmentaires.

1886. Lancial. — Lymphangite gangréneuse. *Bull. Soc. anat. clin. de Lille*, 1886, p. 117.

— A. Mühe. — Gangran des Hodensackes und eine theiles der penishaut. Heilung ohne plastiche operation. *Munchener med. Vochenschrift*, nº 37.

1887. Thompson. — Gangrène of penis and scrotum. *Nashville medical news*, 1887. p. 146.

— Fournier. — Un nouveau cas de gangrène spontanée de la verge chez un diabétique. *Ann. de dermatol. et syphil.* Paris, 1887, p. 457.

— Lemaire. — Sur un cas de gangrène de la verge. *Normandie médicale*, Rouen, 1887, p. 241.

— Bonnieres de la Luzellerie. — Thèse de Lille.

— Villar. — *France médicale*, 1887, p. 729.

— Verchère. — *France médicale*, 1887, p. 741 et 745.

1888. Troisfontaines. — Un cas de gangrène spontanée essentielle de la verge. *Ann. Soc. med. et chir. de Liège*, 1888.

— Oltramare. — *Revue médicale de la Suisse Romane*, 1888.

1889. Spontaneous gangran des Penis Heilung. *Ber. D. K. K. Kankrenanst.*

— Orval. — Thèse, Paris, 1889.

— Taurin. — Thèse, Paris, 1889.

— Moulinié. — Maladies des organes génitaux urinaires, édition 1889, t. I, p. 89.

1890. Kohler. — Gangran des Penis veranlasst durch. prostata abcess. *Charite, Ann.*, Berlin, 1890. p. 514.

— Hector F. M. — Linfangitis gangrenosa del pene. *Rev. de cienc. med. Habana*, 1890.

— Lejars. — Gangrène du pénis par infiltration d'urine. *France médicale*, Paris, 1890, I, p. 146.

— Stenberg. — Gangrène de la verge, dénudation de l'extrémité antérieure des corps caverneux. *Gazette hebdom. des sciences méd.*, Bordeaux, 1890, p. 105.

1891. *Gazette hebdomadaire de médecine*, 8 avril 1891. Pathogénie de la gangrène.

— Guyon et Albarran. Congrès de Chirurgie.

— Jones A. C. — Penile gangrene. *Hahneman Month. Phila.*, p. 397.

— Berdal et Bataille. — *La Médecine Moderne*, Avril et Mai 1891.

— Crussard. — *Soc. de Méd.*, Nancy 1891. — Erysipèle gangréneux foudroyant.

1892. Posthroplastik nach gangranosen zerstorungen der vorhant und eine theiles der penishaut. — *Archiv. f. Klin chir. Berlin*, p. 788.

— H. Kellner. — Ueber merkwürdigen fall von peracuter gangran des Hodensackes. *Ibid*, p. 772.

— Houel. — *Montpellier médical*, 1892. p. 1910.

1893. Korte. — Ueber einen Fall von gangrœna penis mit nachfolgender plastik. *Verhandl. d. deutsch. gesellsch. f. Chirurg. Berlin*, p. 149.

— Balzer. — *Médecine Moderne*, p. 686.

1894. Volterra et Pellizzari. — Communication à l'Académie Medico-physique de Florence, le 11 juin 1894.

— Barbier. — Gangrène du pénis. *Revue de thérap. méd. chir.*, Paris, p. 460.

— Allen. — *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases New-York. february 1894*, p .55.

1895. Quattrio Ciocchi. — Gangrena totale della guaina peniana. *Bull. d. Soc. Lancisiana d'osp. di Roma*, p. 15.

— Quatrio Ciocchi. — Due rari esempii di necrosi totale della albuginea penis. *Atti di XI, cong. med. internaz.*, 1894. Roma, 1895.

— Pousson. — Lymphangite gangréneuse du fourreau de la verge. *J. de méd. de Bordeaux*, 1895, p. 159.

1896. Du Castel. — Gangrène de la verge. *Ann. de dermat. et de syphil.* Paris, p. 1269.

— Fournier. — Gangrène spontanée de la verge. Ibid, p. 1275.

— Emery. — Thèse Paris.

1896. Rona. — *Archives de dermat. et de syphiligraphie*, Leipzig, 1896.

1898. Abeille. — *Revue clin. d'andrologie et de gynécologie.* Paris, p. 174.

— Acquaviva. — Un cas de gangrène partielle spontanée de la verge d'origine inconnue, guérison. *Marseille Médical*, p. 1898.

— Sorgo. — Wien, Klin. Woschenchrift, p. 1117.

1899. Danès. — Th. Toulouse.

— Déhu. — La pratique dermatologique, t. II, p. 765.

— Fourrée. — Th. Paris.

— Malherbe et Monnier. — Société de biologie, 4 mars 1899.

1900. Gram (E. J.). — Genital auto-infection. Medical soc. Pensylvanie, Philadelphie 1900, p. 397.

— Guiseppe Cao. — Sul contenuto batterico dello smegma et sul pottere bactericida della mucosi prepuziale. *Giornale della mal veneree et della pelle.*

— Fournier et Dutot. — *Ann. de Dermatol. et syphil.* p. 1232. Gomme phagédénique de la verge.

— Duret.— Leçon clinique, 1900.

— Legueu. — In Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie, t. 9, p. 766.

1900. Legrain. — La flore microbienne du smegma. — *Ann. des maladies des org. génit. urin.* Paris 1900, p. 766.

— Richardson. — Perfect recovery following gangrène of the scrotum and penis. — *New-York médical record*, 1900, p. 793.

— Labadie-Lagrave. — Traitement de la lymphangite des organes génitaux. — *Journal de méd. de Paris*, 2e s. p. 58.

— Batut. — Phlébite blennorrhagique. Gangrène partielle du gland, du corps caverneux et de l'urèthre. — *Lyon médical*, 1900, p. 577.

— Garnier. — *Th. Lyon*, 1900.

1901. Forgue. — Des gangrènes. *Montpellier médical*, p. 800.

1901. Danlos. — Lymphangite pseudo-syphilitique de la verge d'origine chancrelleuse. *Ann. de dermatologie et de syphyligraghie*, Paris.

1902. Laurens. — Un cas de gangrène spontanée de la verge à évolution bénigne. *Echo Médical*, Toulouse, p. 88.

— Danlos. — Gangrène foudroyante de la verge. *Ann. de dermatologie et de syphiligraphie*, p. 492.

— Roger. — Les maladies infectieuses.

1903. Druelle et Nicolau. — Gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes. *Méd. mod.*, 20 mai 1903, p. 155.

— Duvernoy. — *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 12 oct.

— Rona. — *Soc. de Méd. des hôp. de Buda-Pesth*, 24 janvier 1903 et 29 oct. 1902.

1904. Briquet. — Th. Paris.

— Schulz Hans. — Zwei Falle von primaren erysipelas gangrenosum penis et scroti. Th. Berlin 1903. J. Sittenfeld.

— Rist. — Sur quelques cas de balanite à micro-organismes nettement anaérobies. *Bull. Soc. fr. de dermat. et de syphil.*, p. 146.

— Vincent. — Ibid., juin 1904.

— Charmeil et Taconnet. — *Ech. Médical du Nord*, p. 226.

1905. Muller R. & Scherber. — Zur œtiologie und Klinik der balanitis erosiva circinata und balanitis gangrœnosa. *Arch. fur dermat. und syphiligraphie.* Wien 1905.

— Griffon. — *Soc. de dermat. et de syphiligraphie.* Chancre syphilitique gangréneux de la verge.

— Rousseau. — *Th. Lyon.*

— Gaucher et Louste. — *Bulletin de la soc. franç. de dermatologie et de syphiligraphie.* La syphilis, origine de la gangrène de la verge.

1906. Dieulafoy. — Sur un cas de gangrène foudroyante de la verge. Clinique de l'Hôtel-Dieu, de Paris, 1905-1906.

— Griffon et Ducastel. — Sphacèle de la verge consécutif à

un chancre syphilitique. *Ann. de dermatologie et de syphigraphie*. Paris, p. 988.

— Hamonic. — La gangrène de la verge. *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, p. 33 et 65.

— Bezançon. — Précis de bactériologie clinique.

1907. Scherber. — Balanitis erosiva and gangrenosa. *American journ. of dermat. and genito-urin. diseases*. Saint-Louis, p. 137.